

Al Piano per la Prevenzione della Corruzione

Aggiornamento Annuale

2025-2027

REGISTRO RISCHI

STRUTTURE AFFERENTI ALLA DIREZIONE STRATEGICA

S.C. DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO

S.C. PROFESSIONI SANITARIE

S.C. GOVERNO E RISCHIO CLINICO, PROG.SANIT.E CONTROLLO DI GESTIONE

S.C.PIANIFICAZIONE, QUALITA', ACCREDITAMENTO, FORMAZIONE

S.C. FARMACEUTICA TERRITORIALE

**VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
 S.C DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO**

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione TEMPI attuazion	RESPONSABIL E misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Proposta congiunta con Direttore URP e Attività Ospedale - Territorio per l'autorizzazione dell'esercizio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) per	Elusione principi di parità nel trattamento dei Dirigenti Medici che presentano richiesta di ALPI.	1,67	2,75	2,81 BASSO	DETERMINANZA ANAC 12/2015	Verifica preventiva dei requisiti di legge Verifica preventiva spazi e individuazione concordata di sede ed orari. Applicazione del Regolamento Aziendale.		Direttore DMPO	Controlli o campione da relazionare semestralmente a RPCT
Autorizzazione all'accesso nell'area ospedaliera di La Spezia di veicoli appartenenti a ditte che svolgono attività nel e/o per l'ospedale	Elusione principi di parità nel trattamento delle ditte interessate.	2,33	1,25	2,91 BASSO	ULTERIORI	1) Autorizzazione di lunga durata solo a Ditte che per rendere servizi previsti da contratti devono accedere costantemente per trasporto materiali. 2) Predisposizione modulo per richiesta accesso occasionale da parte delle Ditte per indicazione attività, sede di intervento e dei veicoli interessati, validata dal Servizio ASL competente		Direttore e DMPO	Controlli a campione su accessi da relazionare semestralmente a RPCT

Supervisione sulle attività obitoriali	Elusione principi di parità nel trattamento di ditte di onoranze funebri	3,3	1,75	5,7 alto	DET. ANAC 12/15	Gestione camere mortuarie affidata a ditta esterna con vincoli operativi che consentono la presenza di operatori delle ditte solo in occasione del funerale. Elaborazione nuova procedura operativa da seguire in caso di decesso da inviare a tutti i reparti. Disponibilità per i congiunti di elenco di ditte onoranze funebri fornito dalla camera di Commercio. L'incarico alla ditta funebre deve essere precedente all'ingresso in obitorio della stessa. Redigere nota per tutte le agenzie funebri di istruzioni a cui attenersi durante la gestione del servizio funebre. Verificare che le pubbliche assistenze che svolgono anche servizi funebri richiedono ai loro dipendenti e volontari dichiarazioni di assenza conflitti di interesse. Procedere alle nomine dei responsabili esterni delle attività di trasporto (PP.AA. e Italy Emergency) ai sensi del regolamento U.E.679/2016 inserendo clausole specifiche di divieto di esercitare attività che possono configurare un conflitto tra finalità di cura (trasporto sanitario) e finalità commerciali(servizio onoranze funebri). Procedere alla nomina di responsabile esterno della ditta MARIS (che gestisce le camere mortuarie e trasporta i defunti dai reparti all'obitorio) e acquisire idonee autocertificazioni sull'assenza di conflitti di interessi a carico dei propri dipendenti. Allertare i portieri affinché non sia consentito alle agenzie di onoranze funebri l'ingresso nelle aree ospedaliere.	Direttore DMPO Direttore DMPO Direttore DMPO Direzione amministr. Ospedale/t erritorio Direzione amministr. Ospedale/t erritorio e DMPO Direzione amministr. Ospedale/t erritorio e DMPO Direzione amministr.	Controlli a campione da relazionare sem. a RPCT
--	--	-----	------	-------------	-----------------------	---	--	---

Controllo sulle prestazioni rese in regime di ricovero presso Don Gnocchi, Alma Mater e Villa Azzurra (residenti ASLS)	Remunerazione di prestazioni non effettivamente erogate o erogate in setting non appropriato.	2,17	2,75	5,97 ALTO	ULTER.	Controllo effettuato da più operatori aziendali dichiarantisi privi di conflitti di interesse. Controllo effettuato valutando per singolo caso la documentazione sanitaria della struttura erogante, avendo a riferimento le linee guida per la codifica, la normativa regionale concernente il setting di erogazione e il relativo contratto. L'attività è verbalizzata.		Direttore DMPO	<i>Controlli a campione da relazione ente a RPCT</i>
Gestione archivio cartelle cliniche e rilascio documentazione sanitaria	Rilascio documentazione a non aventi diritto, con conseguente lesione della privacy e comunicazione dati sensibili.	2,17	1,25	2,71 BASSO	ULTER.	Applicazione procedura standardizzata. Previsione per casi dubbi del parere preventivo della DMPO, che eventualmente consulta la SC Affari Generali Legali.		Direttore DMPO	<i>Controlli a campione da relazione semestralmente a RPCT</i>

Azienda Sociosanitaria Ligure 5
La Spezia
Ufficio Prevenzione della corruzione e trasparenza

Via Fazio,30 19121 La Spezia

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
S.C PROFESSIONI SANITARIE

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione TEMPI attuazione	RESPONSABIL E misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Trasparenza nella assegnazione del personale dipendente IDONEO che chiede di essere spostato al altro settore/servizio	Il rischio è quello di favorire personale, a discapito di altro nelle stesse condizioni di potenziale diritto					Rispetto dell'accordo stipulato in azienda con la nostra struttura e le OO.SS. definito come "potere organizzatorio", che stabilisce di effettuare avvisi interni (interpelli) che permettono di formulare una graduatoria di merito. Inserimento domande di trasferimento e partecipazione su spazio intranet dedicato. Presenza di un rappresentante sindacale alla selezione.		Direttore S.C. E RST	Numero degli interpelli svolti e pubblicati su intranet. Documentazione relativa consultabile
Trasparenza nella scelta del coordinamento delle professioni sanitarie	Il rischio è quello di favorire personale, a discapito di altro nelle stesse condizioni di potenziale diritto					Rispetto degli accordi aziendali su procedure di selezione interna del personale, rispetto delle normative sui requisiti (Legge 43/2006). Pubblicazione del bando con i relativi criteri di attribuzione del punteggio. Commissione con DS o suo delegato come Presidente.		Direttore S.C. E Direttore Sanitario	Numero delle selezioni svolte. Documentazione relativa agli atti.

**Azienda Socio Sanitaria Liguri 5
La Spezia
Ufficio Prevenzione della corruzione e trasparenza**

Via Fazio,30 19121 La Spezia

**VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
S.C GOVERNO E RISCHIO CLINICO, PROGRAMMAZIONE SANITARIA E CONTROLLO DI GESTIONE**

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione TEMPI attuazione	RESPONSABIL E misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
ciclo gestione performance	Favorire qualche struttura nella corresponsione degli incentivi economici per valutazione carente dei risultati	1,5	1,75	2,62 basso	ULT	Applicazione piano della performance e linee guida di budget aziendale. Applicazione delibere CIVT/ANAC in materia. Formazione		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPC e reporting direzionale
gestione liste attesa ambulatoriali	Favoritismi mediante inserimento o spostamenti di prenotazioni senza diritto o urgenza	2	1,25	2,5 basso	DET. ANAC n.12/15	Applicazione programma informatizzato. Controlli a campione.		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT con indicazione dei controlli effettuati
gestione rischio clinico	Carente valutazione dei rischi per coprire errori o mancanze	2	1,75	3,5 basso	ULT	Applicazione del piano biennale 2015-2016 di gestione del rischio aziendale		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
S.C PIANIFICAZIONE E QUALITA', ACCREDITAMENTO, FORMAZIONE

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione TEMPI attuazione	RESPONSABIL E misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
piano formazione aziendale (pfa)	Non identificati rischi	1,5	1,25	1,87 basso	ULTER	Misure di prevenzione attuali sufficienti		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT
gestione corsi interni	Nella fase di scelta dei docenti esterni, favorire la selezione di un docente	2,33	1,25	2,91 basso	ULTER	Revisione modulistica e procedura aziendale (già esistente)		Direttore S.C.	Approvazione delibera e relazione semestrale a RPCT
gestione corsi laurea universitari	Non identificati rischi significativi	1,83	1,25	2,29 basso	ULTER	Misure di prevenzione attuali sufficienti		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT
accreditamento e certificazioni qualità	Non identificati rischi significativi	1,66	1,5	2,5 basso	ULTER	Misure di prevenzione attuali sufficienti		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT
elaborazione piani e programmi attività aziendali	Non identificati rischi significativi	1,66	1,5	2,5 basso	ULTER	Misure di prevenzione attuali sufficienti		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT
audit di sistema	Non identificati rischi significativi	1,66	1,5	2,5 basso	ULTER	Misure di prevenzione attuali sufficienti		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT

Azienda Sociosanitaria Ligure 5
La Spezia
Ufficio Prevenzione della corruzione e trasparenza

Via Fazio,30 19121 La Spezia

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI

S.C FARMACIA TERRITORIALE

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione TEMPI attuazion	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Attività istruttorie ai provvedimenti dei comuni in materia di farmacie	Mancata verifica puntuale documentazione presentata	2,33	1,25	2,91 basso	ULTER	Verifica con secondo operatore del 50% delle pratiche svolte semestre precedente Monitoraggio dei tempi		Direttore S.C.	NR PRATICHE CHE NECESSITANO INTEGRAZIONE PER ERRORI REL.SEM.A RPCT
Erogazione medicinali e dispositivi	Mancato rispetto procedure	2,00	2,25	4,5 medio	DET. ANAC N.12/15	Monitoraggio a campione sui punti farmacia erogazioni Sensibilizzazione operatori al rispetto procedure		P.O. S.C.	Nr. non conformità riscontrate Effettuazione di 1 controllo per sede ogni 6 mesi Rel.sem.a RPCT
Vigilanza farmacie, parafarmacie e grossista	Discrezionalità Standardizzazione	3,33	1,75	5,82 alto	DET. ANAC N. 12/15	Relazione nel2016 delle due commissioni e dei funzionari Standardizzazione fac simile verbale e procedura documentale		Direttore S.C.	REL.SEM.A RPCT
Attività farmacovigilanza	Mancata verifica puntuale documentazione presentata	2	1,25	2,5 basso	DET. ANAC N. 12/15	Monitoraggio tempi Verifica 50% delle pratiche		Direttore S.C.	Nr. non conformità riscontrate Effettuazione di 1 controllo per sede ogni 6 mesi Rel.sem.a RPCT
Ricezione ed attività istruttorie mensili per liquidazione spesa convenzionata e dpc	Attenta verifica documentale	2,5	1,75	4,375 medio	ULTER	Rotazione personale amministrativo addetto alla ricezione ogni 3 mesi Verifica 2° operatore tabulati per bilancio		P.O. S.C.	Nr. non conformità riscontrate Effettuazione di 1 controllo per sede ogni 6 mesi Rel.sem.a RPCT

Via Fazio,30 19121 La Spezia _____

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
S.C FARMACIA TERRITORIALE – GESTIONE DISPOSITIVI MEDICI

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione TEMPI attuazion	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Appalto "logistica farmaceutica esternalizzata"	Mancato rispetto delle procedure	1,83	1,5	2,74 basso	PNA/B	continuare ad applicare le procedure già previste e in essere		Direttore S.C.	numero di non conformità segnalate dai funzionari ASL addetti alla vigilanza rel.sem a RPCT
Gare dispositivi medici	Discrezionalità nella identificazione delle caratteristiche tecniche dei prodotti oggetto di gara e inserite nei capitolati tecnici	3,83	3,25	12,44 alto	PNA/B	Da definire dalla CRA		CRA	A carico CRA Rel. Sem. a RPCT
Valutazione tecnica HTA propedeutica all'acquisto di dispositivi medici richiesti dai reparti come nuove introduzioni in uso nell'azienda	Mancato rispetto delle procedure	1,66	1,5	2,49 basso	PNA/B	continuare ad applicare le procedure già previste e in essere		DIRETTORE S.C.	Numero di pratiche non conformi Rel.sem.a RPCT

Al Piano per la Prevenzione della Corruzione

Aggiornamento Annuale

2025-2027

REGISTRO RISCHI

DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI

S.C. GESTIONE RISORSE UMANE

S.C. PROGRAMMAZIONE E GEST. ACQUISTI, GEST. MAGAZ. ECONOMALE

S.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE

S.C. INGEGNERIA CLINICA

S.C. GESTIONE TECNICA

S.C. URP ATTIVITA' AMM. OSPEDALE / TERRITORIO

S.C. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
S.C.AFFARI GENERALI E LEGALI

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPLESSIVO	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Gestione contenzioso del lavoro, civile ed amministrativo e contabile	Affidamento incarichi clientelari senza verifica requisiti esperienza e professionalità. Assenza di	4	2,25	9,00 ALTO	ULTER	Affidamento incarichi a legali scelti fra una rosa di professionisti di chiara e provata esperienza e professionalità nei singoli rami. Istruttoria eseguita direttamente dall'ufficio legale o in stretto supporto e vigilanza del legale incaricato.		Direttore S.C.	Relazione semestrale al RPCT
Gestione richieste risarcimento danni da RCT secondo il protocollo	Perizie medico legali e liquidazione danni favorevoli al ricorrente	4,33	1,75	7,57 ALTO	ULTER	Controllo e verifica di TUTTE le perizie e liquidazioni da parte del Direttore Struttura		Direttore S.C.	Relazione semestrale al RPCT
Gestione polizze assicurative non RCT		4,00	1,25	5,00 MEDIO	ULTER	Verifica puntuale di tutte le perizie e liquidazioni fatte dall'assicuratore		Direttore S.C.	Relazione semestrale al RPCT

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
S.C.GESTIONE RISORSE UMANE

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILI E misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Collocamento a riposo domanda	Irregolarità procedurali nella ricostruzione della posizione previdenziale	2,33	1	2,33 basso	ulter	Verifica con banca dati INPS e controlli a campione delle ricostruzioni		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT su controlli effettuati
Gestione fondi contrattuali	Irregolarità procedurali nella quantificazione della consistenza e nell'utilizzo	1,33	1,5	1,99 basso	ulter	Verifica della corretta imputazione ai singoli fondi		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT su controlli effettuati
Avviso pubblico per Direttore S.C.	Irregolarità procedurali nella gestione delle fasi dei procedimenti	2,16	1,75	3,78 medio	PNA /A det.Anac 12/15	Verifica della corretta gestione del processo selettivo		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT su controlli effettuati
Concorso pubblico per assunzione a tempo indeterminato	Irregolarità procedurali nella gestione delle fasi dei procedimenti	2,16	1,75	3,78	PNA /A	Verifica della corretta gestione del processo selettivo		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT su controlli effettuati
Concorso pubblico per assunzione a tempo determinato	Irregolarità procedurali nella gestione delle fasi dei procedimenti	2,16	1,75	medio	PNA /A	Verifica della corretta gestione del processo selettivo		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT su controlli effettuati

Avviso pubblico di mobilità	Irregolarità procedurali nella gestione delle fasi dei procedimenti	2,16	1,75	3,78	medio	Verifica della corretta gestione del processo selettivo	Periodica a campione	Direttore S.C.	semestrale
Gestione part time	Irregolarità procedurali nella gestione delle fasi dei procedimenti	1,5	1,5	2,25	basso	Verifica della corretta gestione del processo	Periodica a campione	Direttore S.C.	semestrale
Attribuzione incarichi di direttore di dipartimento	Irregolarità procedurali nella gestione delle fasi dei procedimenti	1,5	1,25	1,87	basso	Verifica della corretta gestione del processo	Periodica a campione	Direttore S.C.	semestrale
Avviso pubblico per direttore di distretto	Irregolarità procedurali nella gestione delle fasi dei procedimenti	2,66	1,75	4,65	medio	Verifica della corretta gestione del processo selettivo	Periodica a campione	Direttore S.C.	semestrale
Attribuzione incarichi di direzione struttura semplice	Irregolarità procedurali nella gestione delle fasi dei procedimenti	1,5	4,65	2,62	basso	Verifica della corretta gestione del processo	Periodica a campione	Direttore S.C.	semestrale
Attribuzione incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione	Irregolarità procedurali nella gestione delle fasi dei procedimenti	1,5	2,62	2,62	basso	Verifica della corretta gestione del processo	Periodica a campione	Direttore S.C.	semestrale
Avviso pubblico per incarico ex art.15 septies D.lgs.502/1992	Irregolarità procedurali nella gestione delle fasi dei procedimenti	2,66	4,65	4,65	mediq	Verifica della corretta gestione del processo selettivo	Periodica a campione	Direttore S.C.	semestrale
Attribuzione incarichi P.O.	Irregolarità procedurali nella gestione delle fasi dei procedimenti	1,5	1,87	1,87	basso	Verifica della corretta gestione del processo	Ogni singolo atto	Direttore S.C.	semestrale
Investimenti del PNRR	Gestione degli investimenti evitando evitando i rischi corruttivi con particolare riferimento al conflitto di interessi, all'integrità del processo/procedimento e alla verifica degli indicatori di anomalia anticiclaggio	Poco probabile	Grave	ALTO	ULTERIORE	Garantire il rispetto delle disposizioni che disciplinano i processi/procedimenti e la trasparenza di tutte le fasi provvedendo anche alla pubblicazione delle diverse informazioni.			Monitoraggio al 30/06/24 e al 31/12/24

OGGETTO: Rivalutazione processi e individuazione livello di rischio e misure di prevenzione a seguito del PNA 2016.

Il Presidente dell'ANAC durante l'illustrazione della relazione annuale al Parlamento, ha posto grande attenzione al settore della Sanità segnalando le aree più vulnerabili ad abusi e corruzione, indicando le specifiche misure preventive...

In ordine alle tematiche afferenti alla scrivente Struttura il PNA pone particolare attenzione alle attività relative al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o alla conferma degli stessi.

La scrivente Struttura, alla luce delle indicazioni contenute nel PNA 2016; ha provveduto a rivedere, la scheda di valutazione dei processi con l'individuazione del livello di rischio e delle misure di prevenzione relativi alle sotto indicate tipologie di incarichi:

- direzione di struttura complessa
- direzione di dipartimento
- direzione di distretto -
- direzione struttura semplice
- di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo
- conferiti ai sensi dell'art.15 septies D.Lgs.502/1992 - - -

Le succitate tipologie di incarichi costituiscono gli elementi di base offerti dalla disciplina contrattuale su cui costruire i percorsi di sviluppo delle carriere dirigenziali. Essendo interessate da un maggior grado di competitività è necessario che venga data piena evidenza delle relative procedure di conferimento al fine di garantire la trasparenza, la correttezza e le motivazioni ad esse sottese.

Esaminiamo di seguito le singole tipologie di incarico:

Direzione Struttura Complessa

La coerenza tra l'avvio di una procedura concorsuale e l'atto aziendale, le necessità assistenziali e la sostenibilità economico finanziaria sono riscontrabili nella relazione che l'Azienda è tenuta ad inviare in Regione per ottenere l'atto autorizzativo ad attivare la procedura concorsuale.

Allo stesso tempo la Direzione aziendale è attenta a che gli eventuali incarichi ad interim, assegnati nelle more delle procedure concorsuali, non eccedano i termini indicati nelle norme contrattuali attivando se necessario forme di rotazione tra i vari dirigenti aventi titolo e vigilando sui tempi di durata delle procedure concorsuali.

La Direzione Aziendale è altresì attenta al fatto che la determinazione del profilo professionale sia adeguato alla struttura a cui l'incarico afferisce e sia connotata da elementi di specificità e concretezza al fine di fornire alla Commissione giudicatrice uno strumento idoneo a condurre il processo di valutazione nel modo più rispondente possibile alle necessità rilevate.

I componenti della Commissione Giudicatrice sono individuati tramite sorteggio aperto al pubblico da una Commissione, rinnovata periodicamente anche a seguito del collocamento a riposo dei singoli componenti, in giorno indicato nel bando stesso del concorso pubblico.

I risultati sono resi pubblici secondo modalità strutturate e di facile consultazione.

Direttore di Dipartimento

L'incarico è di tipo prevalentemente organizzativo-gestionale e la scelta è effettuata dal Direttore Generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento stesso.

Per evitare i rischi nell'uso non trasparente e di carenza di motivazione del potere discrezionale di scelta è necessario che l'Azienda assuma misure di prevenzione tese al rafforzamento della trasparenza attraverso:

- l'esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
 - la predeterminazione dei criteri di scelta e le modalità di coinvolgimento del comitato di dipartimento alla individuazione dei direttori di dipartimento;
 - l'esplicitazione, nell'atto di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale;
- la pubblicazione degli atti del procedimento.

Direttore di Distretto socio sanitario

L'incarico di Direttore di Distretto sociosanitario è regolamentato dalla normativa regionale (art. 34 l.r. n. 41/2006) che prevede che sia attribuito dal Direttore Generale ad un dirigente del SSN che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali ed una adeguata formazione nella loro organizzazione oppure ad un medico convenzionato da almeno 10 anni.. Al fine di garantire i principi di imparzialità e parità di trattamento, l'incarico è conferito a seguito dell'espletamento di procedura comparativa nel rispetto dei principi di trasparenza, selettività ed evidenza pubblica con la predeterminazione dei criteri di selezione ed esplicitazione, nell'atto di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione.

Direzione Struttura Semplice

La struttura semplice rappresenta l'articolazione di base di cui si compone la struttura complessa, rispetto alla quale si trovano in un rapporto predeterminato dagli standard di riferimento recati dalla normativa nazionale e dai relativi regolamenti attuativi (rapporto di 1,31 struttura semplice per ogni struttura complessa).

E' opportuno che l'Azienda utilizzi nel conferimento degli incarichi di cui trattasi, oltre gli indirizzi contenuti nel CCNL, interventi ed azioni finalizzati a rafforzare la trasparenza delle relative procedure di conferimento, quali:

- verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi regionali;
- pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico;
- avvio della procedura selettiva attraverso avviso pubblico;
- costituzione di commissione selezionatrice, previa acquisizione delle dichiarazioni di insussistenza o di eventuale sussistenza di incompatibilità o conflitto di interesse;

predeterminazione dei criteri di selezione;
misure di trasparenza della rosa degli idonei;
esplicitazione, negli atti _ del procedimento di _nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione indicati nell'avviso;
esplicitazione della motivazione alla base della scelta della durata dell'incarico più o meno lunga all'interno del minimo/massimo previsto;
pubblicazione degli atti.

In assenza di procedure competitive, è necessario, quale misura di prevenzione, che l'organo nominante rafforzi le motivazioni della scelta e venga data pubblicazione della scelta stessa.

di natura professionale anche di alta specializzazione. di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo

Le procedure di conferimento degli incarichi di cui trattasi sono particolarmente dettagliate nella disciplina contrattuale di cui all'art. 28 del CCNL 2000 e per quanto riguarda gli effetti della valutazione per la conferma o il conferimento di nuovi dell'incarichi di maggior rilievo professionali o gestionali, nella disciplina di cui all'art. 33 CCNL 2000, come sostituito dall'art. 28 CCNL 2005.

Occorre pertanto osservare il massimo livello di trasparenza per l'affidamento o revoca degli incarichi dirigenziali in argomento attraverso la pubblicazione dell'atto di conferimento sul sito aziendale, comprendendo l'ambito del programma che si intende realizzare, l'oggetto dell'incarico e i criteri di scelta, che l'Azienda ha definito con le 00.SS. con la contrattazione integrativa aziendale nell'anno 2014.

conferiti ai sensi dell'art. 15 septies D. Lgs. n. 502/1992

La tipologia degli incarichi in argomento è caratterizzata, rispetto alle precedenti figure, dalla prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico.

Tenuto conto della connotazione di eccezionalità che contraddistingue il ricorso a tale modalità di conferimento di incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico, valgono anche per questa tipologia di incarichi le misure previste per gli altri incarichi dirigenziali, ovvero esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della: motivazione del ricorso alla suddetta procedura derogatoria nonché l'esplicitazione della _ motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali e ai criteri di selezione.

Naturalmente dovrà essere affidata al soggetto incaricato esclusivamente l'unica funzione per la quale è stata attivata la specifica procedura in relazione ai requisiti ed alle caratteristiche per i quali la professionalità è stata scelta.

Un ambito particolarmente vulnerabile al rischio di eventi elusivi delle ordinarie procedure di selezione è l'istituto contrattuale delle sostituzioni (ritardo o mancato avvio delle procedure concorsuali oppure prolungamento dei tempi occorrenti per l'espletamento delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico).

Al fine di contrastare i connessi rischi, è necessario rendere il più possibile trasparente le relative procedure mediante la pubblicazione, l'aggiornamento e il monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione nonché l'esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicazione della motivazione del ricorso alla sostituzione.

In applicazione delle valutazioni sopra riportate si trasmettono in allegato, per ciascuna tipologia di incarico, la scheda 3 "indice di valutazione probabilità del rischio" nonché la scheda 4 "valutazione rischi procedimenti della S. C. Gestione Risorse Umane",

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
S.C.PROGRAMMAZIONE E GESTIONE ACQUISTI, GESTIONE MAGAZZINO ECONOMALE **SCHEDA 4**

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILI E misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Definizione oggetto affidamento	Viene riportato nella delibera a contrarre, nel contratto e in tutti gli ulteriori atti connessi all'appalto. Limitazione alla partecipazione delle Ditte attraverso l'apposizione di maggiori vincoli favorendo una impresa. Distorto uso del concetto di "esclusività" di un bene o servizio	2,1	1,25	2,63	x	Analisi e specifica istruttoria sulle caratteristiche tecniche ricevute con inserimento di clausola equivalente. Redazione di una relazione supportata da motivazioni precise in merito alla esclusività controfirmata dai responsabili sanitari e dal direttore della Struttura Ingegneria Clinica		Direttore della SC	Corretta individuazione valore stimato contratto al fine di non eludere la normativa.
Individuazione dello strumento /istituto per l'affidamento	Elusione del principio di parità di trattamento, rotazione, trasparenza, proporzionalità e concorrenza	2,3	1,7	3,91	x	Applicazione di norme di legge relative alla scelta del contraente e applicazione dei regolamenti. Utilizzo di strumenti di acquisizione informatici (CONSIP, MEPA, SUAR) Pubblicità		Direttore della SC	Rispetto direttive

Requisiti di qualificazione	Inserimento nel bando e nel capitolato di requisiti tecnici economici riferiti all'individuazione di una specifica Impresa.	2,8	1,7	4,76	X	Inserimento nel bando di competenze proporzionali al valore e all'oggetto. Sottoscrizione atto di integrità.		Direttore Struttura Complessa Approvvigionamenti Gestione Contratti e Funzioni economiche	Analisi tecnico economica del valore dell'oggetto degli appalti
Nomina della Commissione giudicatrice	Composizione della Commissione con componenti che hanno preso parte alla stesura del capitolato tecnico.	1,3	2	2,6		Verifica di situazione di incompatibilità da parte del RUP e sottoscrizione della dichiarazione (art 47 n. 445/2000) di incompatibilità ex art 84 c. 4 d.lgs 163/06 da parte dei componenti. Rispetto da parte del RUP della composizione della Commissione giudicatrice e della tempistica di nomina prevista codice degli appalti e dalle Linee Guida ANAC n. 5 del novembre 2016, attraverso la predisposizione della delibera di nomina della stessa e successiva pubblicazione con i curricula dei componenti		Direttore Struttura Complessa Approvvigionamenti Gestione Contratti e Funzioni economiche	Documentazione attestante l'avvenuta verifica
Valutazione delle offerte	I criteri indicati nel disciplinare di gara ai quali la commissione giudicatrice deve attenersi, nell'assegnazione dei punteggi alle offerte non vengono rispettati. I punteggi attribuiti sono	3,1	1,7	5,27	X	Verifica dell'osservanza dei criteri di valutazione indicati negli atti di gara dalla commissione tecnica, anche attraverso l'esame dei verbali redatti dalla stessa commissione e comunque pubblicati nella sezione "trasparenza" dell'Azienda		Direttore Struttura Complessa Approvvigionamenti Gestione Contratti e Funzioni economiche	Predisposizione di documentazione specifica di valutazione (scheda) e rispetto dei criteri ivi indicati.
Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	I criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, non vengono rispettate sotto il profilo procedurale.	2,8	1,2	3,36	X	Rigoroso rispetto dei criteri di legge che regolano l'istituto (richiesta all'operatore economico di spiegazioni sul prezzo e sui costi proposti nelle offerte)		Direttore Struttura Complessa Approvvigionamenti Gestione Contratti e Funzioni economiche	Corretta applicazione normativa
Procedure negoziate	Utilizzo di procedure negoziate al di fuori dei casi previsti dalla legge ovvero suo impiego nelle ipotesi previste dalla legge senza però motivazioni o	2,6	1,7	4,42	X	Applicazione delle norme di legge e di regolamenti. Controllo sugli atti delle procedure di affidamento. Costante aggiornamento per gli operatori preposti Formazione		Direttore Struttura Complessa Approvvigionamenti Gestione Contratti e Funzioni economiche	Corretta applicazione normativa e regolamento
Affidamenti	Ricorso all'affidamento	2,6	1,7	4,42	X	Applicazione delle norme di legge e di regolamenti interni		Direttore S.C.	Corretta

diretti	diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge ovvero suo impiego nelle ipotesi previste dalle leggi senza però					per l'affidamento. (Decreto correttivo S6\2017) Adeguata e dettagliata motivazione di scelta del contraente . Controllo sugli atti delle procedure di affidamento. Costante aggiornamento per gli operatori preposti Formazione		e Funzioni economiche	applicazioni e normativa e regolamenti
Modifica e Revoca del bando	Ricorso alla modifica\revoca di una procedura di gara al fine di aggiudicare la stessa ad un soggetto diverso da quello atteso oppure al fine di creare le	2,6	1,7	4,42	X	Rispetto delle regole e delle norme di evidenza pubblica . Controllo sugli atti delle procedure di affidamento . Acquisizione Parere Direzione Generale Formazione		Direttore S.C. e Funzioni economiche	Documentazione dettagliata e parere Direzione Generale.
Esecuzione del contratto .	La stazione appaltante non mette in atto i controlli qualitativi e quantitativi sulla corretta esecuzione	2,6	1,5	3,9	X	Identificazione del direttore dell'esecuzione del contratto nel rispetto del Regolamento sui contratti 207\2010 . Pubblicazione comunicazione ANAC varianti		Direttore S.C. e Funzioni economiche	
Subappalto	La stazione appaltante non mette in atto controlli sulla attribuzione della quota lavori che l'appaltatore	2,6	1,7	4,42	X	Autorizzazione nei soli limiti consentiti dalla legge e ruolo di garanzia svolto dal RUP e dal Direttore dell'esecuzione dei lavori			
Adesione gare Centrali di Committenza e successiva adesione alle relative convenzioni	Evitare una programmazione aziendale Non aderire a gare centralizzate	3	1,25	3,75	X	Invio Regione elenco procedure di gara necessarie al fine di approvvigionamenti di beni e servizi. Attenta valutazione dei fabbisogni inviati in Regione, dopo l'adesione alle gare centralizzate. Analisi ed invio degli ordinativi di fornitura realmente necessari nella fase di esecuzione del contratto			

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
S.C.GESTIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILI E misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Emissione fatture attive	Mancata fatturazione di prestazioni o fatturazione per importi differenti	2,33	0,75	1,75 basso	Ulter.	Controllo a campione delle richieste di fatturazione per verifica esistenza fattura e corrispondenza importo		Direttore S.C.	Controllo 50% Relazione sem. a RPCT
Emissione mandati di pagamento	Discrezionalità nei pagamenti per favorire taluni fornitori. Emissione di ordinativi di pagamento non dovuti.	2,67	1,75	4,67 medio	Det. ANAC n. 12/15	Aggiornamento continuo portale fornitori e piattaforma per aumentare trasparenza e controlli dall'esterno. Controllo campione sui pagamenti effettuati con analisi tempistica dei pagamenti		Direttore S.C.	Controllo 50% Relazione sem. a RPCT

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
S.C.INGEGNERIA CLINICA

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.
Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Redazione di documenti progettuali che restringono il mercato o favoriscono determinate imprese	2,5	1,75	4,37 medio	PNA B1	Norme di legge e regolamento; regolamento dell'Ente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture in economia, procedure di verifica e validazione progetti; pubblicità; formazione .	Relazione semestrale RPCT su misure e controlli effettuati	DIRETTORE S.C.
Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Abuso del ricorso a strumenti /istituti non di evidenza pubblica, frazionamento della consistenza economica degli affidamenti	3,17	1,75	5,54 alto	PNA B2	Norme di legge e regolamento; regolamento dell'Ente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture in economia, strumento acquisizione informatici (CONSIP o MEPA) ; pubblicità ; formazione.	Relazione semestrale RPCT su misure e controlli effettuati	DIRETTORE S.C.

Requisiti di qualificazione	Individuazione di requisiti volti a favorire determinate imprese	3,17	1,75	5,54 alto	PNA B3	Norme di legge e regolamento; procedure di verifica e validazione progetti; formazione.	Relazione semestrale RPCT su misure e controlli effettuati	DIRETTORE S.C.
Requisiti di aggiudicazione	Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa volta a favorire determinate imprese	2,5	2	5 medio	PNA B4	Norme di legge e regolamento ; formazione.	Relazione semestrale RPCT su misure e controlli effettuati	DIRETTORE S.C.
Valutazione delle offerte	Applicazione distorta dei criteri di valutazione stabiliti nel bando di gara volta a favorire determinate imprese	2,5	2	5 medio	PNA B5	Norme di legge e regolamento; controllo sugli atti delle procedure di affidamento; patto di integrità; formazione.	Relazione semestrale RPCT su misure e controlli effettuati	DIRETTORE S.C.
Verifica dell'eventuale anomalie delle offerte	Applicazione distorta dei principi di verifica delle offerte anormalmente basse volta a favorire determinate imprese	2,5	2	5 medio	PNA B6	Norme di legge e regolamento; controllo sugli atti delle procedure di affidamento; patto di integrità; formazione.	Relazione semestrale RPCT su misure e controlli effettuati	DIRETTORE S.C.
Procedure negoziate	Ricorso a procedure negoziate al di fuori dei casi previsti dalla legge	3,17	2	6,34 alto	PNA B7	Norme di legge e regolamento; regolamento dell'Ente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture in economia; controllo sugli atti delle procedure di	Relazione semestrale RPCT su misure e controlli effettuati	DIRETTORE S.C.

						affidamento; patto di integrità;		
Affidamenti diretti	Ricorso all'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge	3,17	2	6,34 alto	PNA 88	Norme di legge e regolamento; regolamento dell'Ente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture in economia; controllo sugli atti delle procedure di affidamento; patto di integrità; formazione.	Relazione semestrale RPCT su misure e controlli effettuati	Direttore S.C.
Revoca bando	Ricorso all'annullamento della procedura per non aggiudicare una gara ad un soggetto diverso da quello atteso o di creare le condizioni per concedere un indennizzo all'aggiudicatario	3,17	2,25	7,13 alto	PNA 89	Norme di legge e regolamento ; controllo sugli atti delle procedure di affidamento ; patto di integrità; formazione.	Relazione semestrale RPCT su misure e controlli effettuati	DIRETTORE S.C.
Redazione cronoprogramma	Carenza progettuale nella redazione del cronoprogramma dello stesso in corso di esecuzione per favorire l'impresa aggiudicataria creando i presupposti per extra vantaggi economici della stessa	3,33	1,25	4,16 medio	PNA 810	Norme di legge e regolamento; procedure di verifica e validazione progetti; controllo da parte dei preposti alla direzione lavori / Direttore dell'esecuzione del contratto; attività di vigilanza del RUP sull'esecuzione del contratto; patto di integrità; formazione.	Relazione semestrale RPCT su misure e controlli effettuati	DIRETTORE S.C.
Varianti in corso	Autorizzazione di varianti in corso d'opera per favorire	3,67	2	7,34 alto	PNA 811	Norme di legge e regolamento;	Relazione semestrale RPCT	DIRETTORE S.C.

di esecuzione del contratto	vantaggi economici all'impresa esecutrice					procedure di verifica e validazione progetti; controllo da parte dei preposti alla direzione lavori / Direttore dell'esecuzione del contratto; patto di integrità; formazione.	su misure e controlli effettuati	
Subappalto	Uso improprio dell'istituto del subappalto e dei limiti economici previsti dalle norme di legge	2,83	2	5,66 ALTO	PNA 812	Norme di legge e regolamento ; procedure di verifica e validazione progetti; controllo da parte dei preposti alla direzione lavori / Direttore dell'esecuzione del contratto; attività di vigilanza del RUP sull'esecuzione del contratto; patto di integrità; formazione.	Relazione semestrale RPCT su misure e controlli effettuati	DIRETTORE S.C.
Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli previsti dalle norme di legge durante la fase di esecuzione del contratto	2,67	1,75	4,67 MEDIO	PNA 813	Norme di legge regolamento; patto di integrità; formazione.	Relazione semestrale RPCT su misure e controlli effettuati	DIRETTORE S.C.

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO TECNICO – AMMINISTRATIVO
S.C.GESTIONE TECNICA

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI monitoraggio
Definizione oggetto affidamento	Redazione di documenti progettuali che restringono il mercato o favoriscono determinata/e impresa/e	2.5	1.5	3.75 basso	PNA B1	1) Norme di legge e regolamentari e Regolamento dell'Ente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture in economia; 2) Procedura di verifica e validazione progetti; 3) Pubblicità; 4) Formazione;	Relazione semestrale a RPCT
Individuazione strumento /istituto affidamento	Abuso del ricorso a strumenti/istituti non di evidenza pubblica, anche mediante il frazionamento della consistenza economica degli	3.17	1.25	3.96 mediq	PNA B2	1) Norme di legge e regolamentari e Regolamento dell'Ente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture in economia; 2) Strumenti di acquisizione informatici (CONSIP o MEPA); 3) Pubblicità; 4) Formazione;	Relazione semestrale a RPCT
Requisiti qualificazione	Individuazione di requisiti volti a favorire determinata/e impresa/e	2.5	1.25	3.13 basso	PNA B3	1) Norme di legge e regolamentari; 2) Procedure di verifica e validazione progetti; 3) Formazione;	Relazione semestrale a RPCT
Requisiti aggiudicazione	Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente vantaggiosa al fine di favorire determinata/e impresa/e	3.33	1.25	4.16 mediq	PNA B4	1) Norme di legge e regolamentari; 2) Formazione;	Relazione semestrale a RPCT
Valutazione offerte	Applicazione distorta dei criteri di valutazione stabiliti nel bando al fine di favorire determinato/i concorrente/i	3.33	1.25	4.16 medio	PNA B5	1) Norme di legge e regolamentari; 2) Controllo sugli atti delle procedure di affidamento; 3) Patto di integrità; 4) Formazione;	Relazione semestrale a RPCT

Verifica anomalie offerte	Non corretta applicazione dei principi/criteri di verifica delle offerte anormalmente basse al fine di favorire determinato/i concorrente/i	2.17	1.25	2,11 basso	PNA B6	1) Norme di legge e regolamentari; 2) Controllo sugli atti delle procedure di affidamento; 1) Patto di integrità; 2) Formazione	Relazione semestrale a RPC
Procedure negoziate	Ricorso a procedure negoziate al di fuori dei casi previsti dalla legge ovvero suo impiego nelle ipotesi previste dalla legge ma in carenza di presupposti/motivazioni	3.17	1.25	3.96 medio	PNA B7	1) Norme di legge e regolamentari e Regolamento dell'Ente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture in economia; 2) Controllo sugli atti delle procedure di affidamento; 3) Patto di integrità	Relazione semestrale a RPC
Affidamenti diretti	Ricorso all'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge ovvero suo impiego nelle ipotesi previste dalla legge ma in carenza di presupposti/motivazioni	3.17	1.25	3.96 medio	PNA B8	1) Norme di legge e regolamentari e Regolamento dell'Ente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture in economia; 2) Controllo sugli atti delle procedure di affidamento; 3) Patto di integrità; 4) Formazione	Relazione semestrale a RPC
Revoca bando	Ricorso all'annullamento della procedura al fine di non aggiudicare una gara ad un soggetto diverso da quello atteso o di creare le condizioni per concedere un indennizzo	2.5	1.25	3.13 basso	PNA B9	1) Norme di legge e regolamentari; 2) Controllo sugli atti delle procedure di affidamento; 3) Patto di integrità; Formazione	Relazione semestrale a RPC
Redazione cronoprogramma	all'aggiudicatario Carenza progettuale nella redazione del cronoprogramma e/o rimodulazione dello stesso in corso di esecuzione per favorire l'impresa aggiudicataria creando presupposti per extravantaggi economici della stessa	1.83	1.25	4.45 basso medio	PNA B10	1) Norme di legge e regolamentari; 2) Procedure di verifica e validazione progetti; 3) Controllo da parte dell'Ufficio Direzione Lavori/direttore dell'esecuzione del contratto; 4) Attività di vigilanza del RUP sull'esecuzione del contratto; 5) Patto di integrità; 6) Formazione;	Relazione semestrale a RPC
Varianti in corso	Autorizzazione di varianti in corso d'opera per favorire vantaggi economici all'impresa esecutrice aggiuntivi rispetto a quelli conseguiti con l'aggiudicazione dell'appalto	3.17	1.25	3.96 medio	PNA B11	1) Norme di legge e regolamentari; 2) Procedure di verifica e validazione progetti; 3) Controllo da parte dell'Ufficio di Direzione Lavori/direttore dell'esecuzione del contratto; 4) Attività di vigilanza del RUP sull'esecuzione del contratto; 5) Patto di integrità; 6) Formazione;	Relazione semestrale a RPC

Subappalto	Uso improprio dell'istituto del subappalto e dei limiti economici ed esecutivi previsti	2.67	1.25		PNA	1)	Norme di legge e regolamentari;	Relazione semestrale a RPCT				
				2)		Procedure di verifica e validazione progetti;						
				3)		Controllo da parte dell'Ufficio di Direzione						
	3.33					Lavori/direttore dell'esecuzione del contratto;						
	basso			B12		4)	Attività di vigilanza del RUP sull'esecuzione del contratto;					
						5)	Patto di integrità;					
	6)	Formazione;										
Sospensioni	Non corretta applicazione delle	3.17	1.25		PNA B13	1)	Norme di legge e regolamentari;					
proroghe termini contrattuali	norme di legge e regolamentari circa i presupposti e/o motivazioni per la concessione di sospensioni o proroghe al fine di favorire l'impresa appaltatrice nella fase di esecuzione del contratto			3,96 medio		2)	Procedure di verifica e validazione progetti; Controllo da parte dell'Ufficio di Direzione		3)	Lavori/direttore dell'esecuzione del contratto;	4)	Attività di vigilanza del RUP sull'esecuzione del contratto;
Utilizzo rimedi per soluzione controversie a lternativi a quelli giurisdizionali	Esiti della procedura tali da non garantire l'interesse della Pubblica amministrazione	3	1.25	3.75 basso	ULTERIORE	1)	Norme di legge e regolamentari;	Relazione semestrale a RPCT semestrale				
						2)	Patto di integrità;					
						3)	Formazione;					

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
S.C.URP ATTIVITA' AMMINISTRATIVE OSPEDALE/TERRITORIO

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	VALORE E PROBABILITA'	VALORE E IMPATTO	VALORE COMPLESSIVO RISCHIO E GRADO	AREA PNA O ULTERIORE	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPISTICA DI attuazione Misure di prevenzione	RESPONSABILE misure prevenz.	INDICATORI per monitoraggio e TEMPISTICA MONITORAGGIO
ASSISTENZA PROTESICA	Possibili interferenze o condizionamento nella scelta di un fornitore esterno Possibile abuso valutazione requisiti al fine di favorire particolari utenti	2,16	2,00	4,16 MEDIO	ULTER.	In caso di fornitura extra gara, viene richiesta al paziente o suo delegato liberatoria sottoscritta, per scelta fornitore esterno. Il valore di rilascio delle autorizzazioni viene determinato dalla procedura elettronica stessa, sulla base del DM 332/99 o del prezzo determinato in sede di gara di appalto . Il diritto alla fornitura viene valutato dal medico funzionario autorizzatore, incrociando i dati inseriti	Contestuale alla pratica	Direttore Distretto o suo delegato - Direttore S.C. - PO Distrettuali	Relazione SEMESTRALE su eventuali anomalie riscontrate e conseguenti ulteriori controlli se dovessero rilevarsi necessari.
ASSISTENZA FARMACEUTICA INTEGRATIVA	Possibile abuso valutazione requisiti al fine di favorire particolari utenti	2,17	1,25	3,42 BASSO	Det. ANAC 12/2015	Il valore di rilascio delle autorizzazioni viene determinato dalla procedura elettronica stessa, sulla base dei D.M. di riferimento . Il diritto alla fornitura viene valutato dal medico funzionario autorizzatore, incrociando i dati inseriti dal medico richiedente sulla prescrizione, con quelli relativi al verbale di riconoscimento di invalidità e/o quelli relativi all'anagrafe assistiti.	Contestuale alla pratica	Direttore Distretto o suo delegato - Direttore S.C. PO Distrettuali	Relazione SEMESTRALE su eventuali anomalie riscontrate e conseguenti ulteriori controlli se dovessero rilevarsi necessari.

RIMBORSO TICKET NON DOVUTI	Indebito rimborso somme non dovute	2,00	2,75	4,75 MEDIO	ULTER.	Procedura in atto approvata con Delibera n.870 del 12.12.2013, valida ad evitare appropriazione indebita di denaro : ritiro domanda di rimborso documentata a livello di sportello, successiva valutazione del diritto a livello dirigenziale e rimborso all'avente diritto a mezzo bonifico bancario .	Contestual e alla pratica	Direttore S.C. - PO Distrettuali	Relazione SEMESTRALE su eventuali anomalie riscontrate e conseguenti ulteriori controlli
-------------------------------	---------------------------------------	------	------	---------------	--------	---	---------------------------------	--	---

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
S.C.URP ATTIVITA' AMMINISTRATIVE OSPEDALE/TERRITORIO
Gestione Libera Professione

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	VALORE E PROBABILITA'	VALORE E IMPATTO.	VALORE COMPLESS. RISCHIO E GRADO	AREA PNA O ULTERIORE	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPISTICA DI attuazione Misure di prevenzione	RESPONSABILE misure prevenz.	INDICATORI per monitoraggio e TEMPISTICA MONITORAGGIO
RECUPERO CREDITI	Inosservanza delle regole procedurali finalizzate a favorire alcuni assistiti	2	1,7	3,4 basso	ulter	Controllo a campione di alcune pratiche rilevate come crediti non dovuti		Direttore S.C. E Resp.P.O.	Relazione semestrale a RPCT su controlli effettuati
LIBERA PROFESSIONE	Svolgimento dell'attività in violazione delle regole stabilite (es omettendo la fatturazione)	2	2,5	5 medio	Det. ANAC n.12/15	Verifica che tutte le prestazioni erogate siano fatturate pagate		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT su controlli effettuati
TRASPORTI SANITARI	Liquidare viaggi non autorizzati/effettuati	2,3	2	4,6 medio	ulter	Controllo a campione di alcune pratiche, verificando esistenza autorizzazione, che il viaggio sia stato effettuato e i KM addebitati siano corretti		Direttore S.C.	Relazione semestrale a RPCT su controlli effettuati

MISURE OBBLIGATORIE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO

RG0) PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO - ESTENSIONE E MAPPATURA (ART. 8 PTPCT)

Recentemente, in data 4 settembre 2017, il Dipartimento di Salute e Servizi Sociali della Regione attenzionava gli Enti del SSR in merito alla puntuale attuazione delle misure di prevenzione individuate da il Piano Nazionale Anticorruzione 2016, nonché da quello precedente anno 2015, corrispondenti alle aree più vulnerabili ad abusi e corruzione che riguardano, con riferimento alle competenze della scrivente Struttura, sia l'accreditamento di strutture sanitarie private sia la gestione delle liste d'attesa.

Per questo motivo si rende necessario già nel corso del corrente anno 2017, in accordo con il RPCT, integrare il Registro dei rischi aggiungendo le opportune misure per la prevenzione della corruzione nell'ambito delle prefate aree.

In realtà, il PTPCT 2017/19 rilasciato in data 26/01/2017 aveva già rilevato che "L'Azienda Sanitaria Locale

n. 5 "Spezzino" (.) svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ovvero avvalendosi di soggetti accreditati con la ASL stessa" evidenziando nel contempo che "dall'analisi

complessiva del contesto esterno ed interno emerge: (...) Dall'esame dei reati contestati negli ultimi anni a dipendenti dell'Azienda sopra elencati, risulta monitorare con particolare attenzione i

Sequenti procedimenti a rischio: sponsorizzazioni, rapporti con case farmaceutiche, libera professione, rapporti con strutture accreditate e favoreggiamenti verso le stesse anche fuori regione (omissis)". Per contrastare i predetti fenomeni di mala gestione, il PTPCT nel prosieguo stabiliva che "Nel corso dell'anno 2017 si prevede di estendere la mappatura dei processi a tutto il settore non ancora approfondito (Dipartimenti sanitari) e di riesaminare con particolare cura di analisi le aree specifiche individuate per la Sanità dal PNA Aggiornamento 2016 (Acquisti in ambito sanitario, nomine, incarichi di struttura complessa, semplice e altri incarichi, rotazione del personale, rapporti con i soggetti erogatori privati di attività sanitaria, accreditamento, alienazione degli immobili, sperimentazioni cliniche e ripartizione proventi, comodato d'uso, gestione tempi d'attesa e libera professione intra-moenia). Misura fondamentale per la riduzione del rischio è l'adozione di specifici regolamenti per ciascuna delle attività a rischio sopra elencate".

Pertanto, tali precauzioni, almeno per quanto riguarda i soggetti erogatori privati di attività sanitaria, si ricollegano mediante interdipendenza sequenziale con gli obblighi di trasparenza di cui alla successiva sezione RG1 "CONVENZIONI CON LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE" a cui si rimanda per le specifiche del caso.

MISURE DI PREVENZIONE NELL'AMBITO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE

- 1) Contratti stipulati da A.Li.Sa. quale Committente e da Asl 5 quale capofila in nome e per conto di A.Li.Sa. in quanto Azienda Sociosanitaria Ligure di ubicazione della unità di offerta;

La Deliberazione ALISA n. 43 del 08/09/2017 (sospesa con deliberazione n. 56 dd. 15/06/2017 a seguito di osservazioni e richieste pervenute da parte di diversi soggetti erogatori e associazioni di categoria), da

ultimo modificata e integrata dalla deliberazione n. 72 dd. 11/07/2017, evidenzia che La L.R. n. 17/2016 prevede, all'art. 3 comma 2, tra le funzioni svolte dall'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.),

- la definizione e la stipula degli accordi e dei contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati di cui all'art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e ss. mm. e ii.,

- l'attività di vigilanza e di verifica nei confronti dei soggetti erogatori,

- il monitoraggio delle prestazioni erogate che devono rispondere a criteri di appropriatezza e qualità.

A tale fine la Giunta regionale, con D.G.R. n. 1183/2016, per quanto disposto dalla sopra citata normativa regionale in materia di indirizzi di programmazione sulle attività di A.Li.Sa., ha stabilito specifiche indicazioni per quanto concerne la predetta funzione contrattuale ed in particolare:

- rispetto delle vigenti norme statali finalizzate al conseguimento ed al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario del Servizio Sanitario Nazionale;

- l'attuazione degli interventi di razionalizzazione e di contenimento della spesa sanitaria, nel rispetto dei principi di:

a)) efficace risposta agli effettivi fabbisogni sanitari e socio sanitari della popolazione assistita;

b) qualità, appropriatezza e tempestività delle prestazioni rese;

c) libertà di scelta del cittadino;

- --d)-equità di accesso ai servizi sanitari e socio sanitari;

I citati principi debbono essere, altresì, coniugati con l'esigenza dei soggetti privati accreditati di poter orientare le proprie attività economiche rispetto ad un quadro di riferimento predefinito.

A tal fine, A.Li.Sa., nella definizione e stipula degli accordi e dei contratti con gli erogatori pubblici e privati accreditati, deve:

a)) prevenire sovrapposizioni e duplicazioni di offerta assistenziale;

b) ricercare una maggiore efficienza erogativa anche in relazione al dimensionamento e alla capacità produttiva dei singoli erogatori;

c) perseguire un'equa distribuzione dell'offerta di prestazioni al fine di garantire razionalità ed economicità nell'impiego delle risorse;

d) favorire una riconsiderazione ed una organica programmazione dell'offerta assistenziale ligure volta a superare logiche meramente confermate o incrementalistiche dei trend delle prestazioni erogate da ciascuno dei soggetti accreditati.

Per quanto sopra A.Li.Sa. ha definito specifiche modalità applicative in materia di attività contrattuale stilando appositi schemi di contratto che prevedono il rispetto della normativa in materia di prevenzione dei reati e l'adozione da parte della struttura di un codice etico (L. 231/2001), della normativa antimafia, delle norme in materia di sicurezza e prevenzione del rischio, della disciplina della privacy, l'attestazione del rispetto delle norme in materia di incompatibilità per il personale sanitario.

Ciò anteposto, le competenze assegnate dalla Regione Liguria ad A.Li.Sa. prendono il via dalla normativa nazionale in tema di rapporti con i soggetti erogatori privati rinvenibile negli artt. 8bis e segg. del D. Lgs. 502/1992 s.m.i. laddove, come noto, vengono evidenziate quattro specifiche fasi:

1. L'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie {art. 8ter decreto cit.);
2. L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie {art. 8ter decreto cit.);
3. L'accreditamento istituzionale {ovvero l'esercizio di attività sanitarie PER CONTO del Servizio sanitario regionale - art. 8 quater decreto cit.);
4. La stipula degli accordi contrattuali {ovvero l'esercizio di attività sanitarie A CARICO del Servizio sanitario regionale - art. 8 quinquies decreto cit.).

Per quanto finora delinea to, la scrivente Struttura non risulterebbe competente ad intervenire in nessuna delle quattro predette fasi in quanto mera mente esecutrice del rapporto sinallagmatico perimetra to con approccio top -down a livello regionale . Infatti, richiamata la Legge regionale 11 maggio 2017, n. 9 rubricata "NORME IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE, SOCIOSANITARIE E SOCIALI PUBBLICHE E PRIVATE" Bollettino Ufficiale n.6 del 17 maggio 2017:

- 1) La realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie è soggetta ad autorizzazione da parte del Comune di ubicazione delle strutture; A.Li.Sa. esprime il parere di compatibilità del progetto;
- 2) Il Comune di ubicazione delle strutture rilascia l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali; A.Li.Sa. effettua l'istruttoria tecnica volta ad accertare l'accettabilità della domanda;
- 3) Per il rilascio dell'accreditamento istituzionale è costituito presso A.Li.Sa l'organismo Tecnicamente Accreditante (OTA);
- 4) Le ASL applicano i contratti stipulati da A.Li.Sa. con i soggetti privati accreditati; A.Li.Sa., in collaborazione con l'ASL competente per territorio, vigila e controlla con cadenza annuale la correttezza delle modalità di erogazione delle prestazioni e la qualità delle stesse sulla base del contratto stipulato; tale controllo si basa sugli indicatori di qualità e di esito ulteriori rispetto ai requisiti di autorizzazione e accreditamento, individuati e aggiornati periodicamente da A.Li.Sa.

Ciò comporta che relativamente:

- all'autorizzazione alla realizzazione {e.g. indicazione di criteri, modalità, tempi ed ambiti per la rilevazione dei dati necessari alla stima del fabbisogno territoriale},
- all'autorizzazione all'esercizio (e.g. tempistiche procedurali, rafforzamento dei controlli e della trasparenza),
- all'accreditamento istituzionale {rafforzamento dei controlli e della trasparenza – ad eccezione di quanto evidenziato sub RG1 "CONVENZIONI CON LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE" -),
- ai contratti di attività, compresa la valutazione del fabbisogno (e.g. contrattazione trasparente, meccanismi non automatici di rinnovo del contratto, inserimento di clausole quali-quantitative ...)

la scrivente Struttura applica senza alcuna discrezionalità la normativa regionale nonché i documenti programmatici emanati sul punto da A.Li.Sa..

Per tutti questi motivi si evidenzia che, *a fortiori*, anche le modalità di pagamento delle prestazioni erogate dai Soggetti gestori sono strettamente vincolate, non permettendo perciò favoreggiamenti attraverso

l'utilizzo di misure *ad personam* <contra legem>, stante la fissazione della seguente "procedura per la fatturazione delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate" (cfr. Note A.Li.Sa. nn. 12633 dd. 7/9/17 e 13520 dd. 25/09/17):

"// budget (tetto massimo di spesa) indicato per ciascun soggetto erogatore è assegnato per l'intera annualità 2017 e il sistema di regressione tariffaria è applicato anch'esso su base annuale. Per budget si intende il valore comprensivo dell'IVA, qualora applicata, al netto degli eventuali ticket riscossi.

L'importo fatturato mensilmente in acconto dovrà essere pari al 90% del valore della produzione effettuata nel mese di riferimento, valorizzata a tariffa piena e la somma delle fatture mensili addebitate alle singole ASL non deve superare il limite del 90% del tetto contrattuale mensilizzato.

Le regole relative alle nuove modalità di fatturazione e pagamento, previste dalla DGR n. 550 de//11/07/2017, sono valide anche per i soggetti provati accreditati con contratto scaduto e che non hanno ancora sottoscritto il nuovo contratto, ai sensi dell'art. 14 della DGR n. 1031/2013.(...)

Entro il 5 del mese successivo di competenza l'ente erogatore spedisce via mail al servizio competente della ASL capofila il debito informativo relativo al valore della produzione; entro 10 gg dal ricevimento del debito informativo, indicativamente il 15 del mese, il servizio competente dell'ASL capofila definisce il valore massimo fatturabile per il mese di competenza articolato per ASL destinataria; l'ente erogatore emette fattura coerente con quanto stabilito dalla capofila; entro 30 gg dal ricevimento della fattura l'ASL ricevente la fattura dispone il pagamento previa esecuzione dei controlli di merito su quanto fatturato. "

La numerosità ed il valore economico di tali negozi giuridici (rispetto a quelli della sezione che segue) risultano di fatto essere molto estesi in quanto coinvolgono le Strutture sanitarie private posizionate in Regione Liguria come risulta dalla seguente tabella sinottica:

TIPOLOGIA DI ACCREDITAMENTO REGIONALE	NUMERO CONTRATTI	IMPORTO (*)
BI-ANZIANI	9	7.677.509
B2-DISABILI	8	3.713.866
B3-PSICHIATRICI	3	4.777.195
B4-DIPENDENZE	2	3.092.634
B5-AIDS	0	0
B6-RICOVERO/AMBULATORIALI (**)	12	15.809.580
TOTALE	34	35.070.784

(*) Importo autorizzato dalle delibere aziendali

(**) compreso il contratto triennale con la fondazione don Carlo Gnocchi, avente scadenza 30/06/2018, per annui Euro 7.000.000. Attualmente, vista la scadenza, il contratto non vede A.Li.Sa. quale committente anche se il contratto è di tipo "regionale" (l'Asl 5 agisce da capofila nei confronti delle altre Asl liguri} in quanto stipulato secondo indicazioni della DGR Liguria n. 76 del 3/2/2015. Inoltre, al predetto Soggetto erogatore non è applicato il sistema di regressione tariffaria.

PROPOSTA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO RG0.1

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO
DISCREZIONALITA' : il processo è del tutto vincolato (= 1)	IMPATTO ORGANIZZATIVO : Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) la percentuale di personale impiegata nel processo coinvolge fino a circa il 20% (= 1)
RILEVANZA ESTERNA : il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni (= 3)	IMPATTO ECONOMICO : nel corso degli ultimi 5 anni NON risultano essere state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti (= 1)
COMPLESSITA' DEL PROCESSO : il processo comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato (= 3)	IMPATTO REPUTAZIONALE : non si ha memoria che nel corso degli ultimi 5 anni siano stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi (= 1)
VALORE ECONOMICO : Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (= 5)	IMPATTO ORGANIZZATIVO, ECONOMICO E SULL'IMMAGINE : il rischio dell'evento si colloca a livello di singolo addetto (= 1)
FRAZIONABILITA' DEL PROCESSO : Il risultato finale del processo NON può essere raggiunto effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (= 1)	
CONTROLLI : Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo costituisce un efficace strumento di neutralizzazione (= 1)	
VALORE MEDIO PROBABILITA' (16/6=) 2,66	VALORE MEDIO IMPATTO (4/4=) 1,00
VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO = VALORE MEDIO PROBABILITA' X VALORE MEDIO IMPATTO = 2,66 X 1,00 = 2,66 RISCHIO BASSO	
AGGIORNAMENTO REGISTRO DEI RISCHI	
CONTROLLO Contratti stipulati da A.Li.Sa. quale	

2) Contratti stipulati direttamente da Asl 5;

In estrema sintesi nel novero delle strutture private accreditate rientrano quelle che hanno ad oggetto la residenzialità, semiresidenzialità etc. nei confronti di Anziani, Disabili, Patologie psichiatriche, Dipendenze, Al DS, ovvero quelle che erogano assistenza ospedaliera o specialistica ambulatoriale.

Ciò detto, rimangono da presidiare i comportamenti "*contra legem*" che potrebbero manifestarsi nell'ambito dei contratti e delle convenzioni stipulate con accreditati privati direttamente dall'Asl 5 senza l'intervento mediato da A.Li.Sa. (cfr. sezione che precede). La numerosità ed il valore economico di tali negozi giuridici risultano notevolmente contenuti come si rileva tabularmente:

STRUTTURA ACCREDITATA	TIPOLOGIA CONTRATTO	IMPORTO {*}
RSA VILLA VERDE DEL LAGO SRL	PSICHIATRICI	362.619
VILLA ROSA RSA	ANZIANI	205.000
TOTALE		567.824

(*) IMPORTO AUTORIZZATO DALLE DELIBERE AZIENDALI

Premesso che, analogamente a quanto delineato nella sezione 1 che precede, la scrivente Struttura non ha potere in ordine alle fasi autorizzatorie di realizzazione e di esercizio, nonché di accreditamento, delle strutture sanitarie private, si rende necessario intervenire nella fase negoziale applicando, ove possibile, gli stessi contenuti negoziali previsti da A.Li.Sa. ad esclusione del sistema di regressione tariffaria.

Ad esempio:

- acquisendo quale atto endoprocedimentale la rilevazione del fabbisogno,
- inserendo nel contratto, *mutatis mutandis*, le stesse clausole applicate nei format A.Li.Sa.
- nonché prevedere indicatori di qualità assistenziale dei servizi;
- *fast but not least*, inserimento nella parte motiva della delibera l'assenza di altre strutture private accreditate in grado di soddisfare il bisogno di cui trattasi.

PROPOSTA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO RG0.2

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO
DISCREZIONALITA': il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari; = 2)	IMPATTO ORGANIUTIVO: Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) la percentuale di personale impiegata nel processo coinvolge fino a circa il 20% (= 1)
RILEVANZA ESTERNA: il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni(= S)	IMPATTO ECONOMICO: nel corso degli ultimi 5 anni NON risultano essere state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti(= 1)
COMPLESSITA' DEL PROCESSO: il processo non comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i corsi di controllo) in fasi successive per il conseguimento del risultato (= 1)	IMPATTO REPUTAZIONALE: non ha memoria che nel corso degli ultimi 5 anni siano stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi(= 1)
VALORE ECONOMICO: Comporta l'attribuzione considerevoli vantaggi a soggetti esterni (= S)	di IMPATTO ORGANIUTIVO, ECONOMICO E SULL'IMMAGINE: il rischio dell'evento si colloca a livello di dirigente apicale (= 4)
FRAZIONABILITA' DEL PROCESSO: Il risultato finale del processo NON può essere raggiunto effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (= 1)	
CONTROLLI: Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo costituisce un efficace strumento di neutralizzazione (= 1)	
VALORE MEDIO PROBABILITA' (15/6=) 2,50	VALORE MEDIO IMPATTO (7/4=) 1,75
VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO = VALORE MEDIO PROBABILITA' X VALORE MEDIO IMPATTO = 2,50 X 1,75 = 4,38 RISCHIO MEDIO	
AGGIORNAMENTO REGISTRO DEI RISCHI	
PROCEDIMENTO	CONTROLLO Contratti stipulati direttamente da Asl 5
DESCRIZIONE RISCHI	IRREGOLARI STIPULE DEI CONTRATTI A SEGUITO DI VIOLAZIONE DELLA FASE DELL'EVIDENZA PUBBLICA IN CASO DI PRESENZA DI PIU' DI UNA STRUTTURA SANITARIA PRIVATA ACCREDITATA IN GRADO DI EROGARE LE PRESTAZIONI DI INTERESSE; IRREGOLARE PAGAMENTO DELLE FATTURE
VALORE PROBABILITA'	2,50
VALORE IMPATTO	1,75
VALORE COMPLESSIVO	4,38 MEDIO
AREA PNA O ULTERIORE	PNA 2015 / 2016
MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	VERIFICA SIA CHE LA SCELTA DELLE SINGOLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE AWENGA SENZA PREVARICAZIONE IN CASO DI PLURALITA' DI SOGGETTI EROGATORI SIA CHE I PAGAMENTI DELLE FATTURE EMESSE DAI SOGGETTI EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI AWENGANO, CETERIS PARIBUS, CON LA MEDESIMA TEMPISTICA
TEMPISTICA DI ATTUAZIONE MISURE PREVENZIONE	GIÀ IN ATTO
RESPONSABILE MISURE PREVENZIONE	DIRETTORE SEURPAOT
TEMPISTICA MONITORAGGIO	RELAZIONE SEMESTRALE A RPCT SU CONTROLLI EFFETTUATI

MISURE DI PREVENZIONE NELL'AMBITO DELL'ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMOENIA

La richiesta di autorizzazione all'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria viene inoltrata dal Professionista interessato, mediante compilazione di apposita modulistica, all'Ufficio Libera Professione che ne cura gli aspetti istruttori. L'apposito modello contiene le seguenti informazioni: la disciplina specialistica oggetto dell'attività; la forma di esercizio (individuale o in equipe); tipologie di prestazioni erogabili e tempore di massima; necessità di utilizzare o meno il personale di supporto e le attrezzature aziendali; indicazione delle sedi per lo svolgimento dell'attività, orario e giorni in cui intende effettuare l'attività (da concordare con l'Azienda), indicazione dell'onorario che intende percepire e che andrà a comporre la tariffa, per singola prestazione; dichiarazione relativa ai volumi di attività istituzionale in rapporto all'Alpi (concordati annualmente in sede di budget). La richiesta è autorizzata dal direttore di struttura e, per gli aspetti logistici, dalla Direzione Sanitaria o Direzione di Distretto. Il Direttore Generale, o suo delegato, autorizza l'esercizio della libera professione intramuraria con apposito provvedimento. L'ufficio libera professione inoltra la richiesta di autorizzazione alla SC Gestione Risorse Umane per la conferma dell'esclusività del rapporto del Dirigente medico che ha presentato richiesta di esercitare la libera professione.

In ASL n. 5 Spezzino nessun dirigente medico è autorizzato a svolgere attività intramoenia allargata. L'azienda ha messo a disposizione sedi e personale dedicato per lo svolgimento dell'attività libero professionale.

L'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche in regime ambulatoriale si effettua tramite il Centro Unico di Prenotazione della Libera Professione, appositamente dedicato dall'Azienda all'attività libero professionale intramoenia, realizzato attraverso apposito numero telefonico e sportelli ALPI autorizzati all'accesso al sistema di prenotazione aziendale. Con la prenotazione il sistema informatico consente di proporre all'utente tutta la disponibilità delle prestazioni disponibili nelle agende dei Professionisti e le relative tariffe, permettendogli di esprimere preferenze in termini di Dirigente sanitario e di data. In caso d'urgenza farà fede la comunicazione del Professionista che, in tempo reale, dovrà comunicare tutti i dati necessari per la registrazione dell'utente. Per alcune particolari situazioni, quali ad esempio per le prestazioni erogate dalle Strutture di Patologia Clinica, Laboratorio Analisi, Anatomia Patologica ..., l'utente si presenta direttamente presso la struttura che eroga la prestazione scegliendo l'esecuzione della prestazione in regime di libera professione e la fatturazione avviene con la modalità "accettazione diretta".

Le modalità di prenotazione, accesso e sedi sono pubblicate sul sito aziendale relativo alla sezione Libera Professione.

Per l'attività istituzionale da pochi mesi è stato istituito il CUP unico regionale gestito dal Call center di Liguria digitale con la possibilità per gli utenti di prenotare anche presso le altre ASL liguri.

Gli utenti effettuano il pagamento delle tariffe presso gli sportelli dedicati all'ALPI, prima dell'erogazione della prestazione. Il pagamento può essere effettuato tramite le seguenti modalità: POS, assegno circolare, bonifico bancario effettuato dall'utente sul conto corrente bancario intestato all'ASL 5 Spezzino e contanti. Non è consentito al professionista percepire direttamente dall'utenza il pagamento delle tariffe libero professionali ad eccezione delle visite domiciliari. La riscossione avviene mediante procedura informatizzata che registra in tempo reale il pagamento e rilascia la fattura valida ai fini fiscali.

L'ALPI è svolta al di fuori dell'orario di servizio, pertanto, l'orario svolto per la suddetta attività viene rilevato con uno specifico codice di timbratura (sistema di timbratura differenziato). Qualora particolari situazioni o esigenze non consentano tale procedura, i tempi impiegati nelle prestazioni rese in costanza di servizio sono recuperati in ragione dei tempi standard relativi alle prestazioni medesime.

Il confronto fra i tempi di erogazione delle prestazioni prenotate nell'ambito dell'attività istituzionale e i tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria risulta essere poco significativo in considerazione del fatto che l'offerta ambulatoriale in regime istituzionale è notevolmente inferiore alla domanda, come dimostrano le consistenti fughe nella limitrofa Regione Toscana.

Il monitoraggio sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime libero professionale intramuraria viene effettuato due volte l'anno nel corso di una settimana indice, come richiesto dalla Regione secondo le procedure individuate da Agenas.

Il Centro di Controllo Direzionale, a seguito reportistica inviata dall'Ufficio Libera Professione, effettua la verifica sui volumi delle prestazioni erogate per quanto di propria competenza.

Perciò, si dà atto che la SC URP AOT sta già ottemperando all'obbligo^q di prevenzione attuando le predette e previste misure di contrasto al presente rischio generale di subornazione.

* * *

RG1) OBBLIGHI DI TRASPARENZA (ART. 30 PTPCT)

* CONVENZIONI CON LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE

In ossequio alla disciplina riguardante gli obblighi di trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale, sul sito istituzionale dell'Azienda nella sezione "Amministrazione trasparente" è pubblicato l'elenco aggiornato delle strutture sanitarie private accreditate e gli accordi con esse intercorsi.

L'elenco visualizza le strutture raggruppate per tipologia di prestazione (Fisiokinesiterapia, Diagnostica per immagini, Residenzialità utenti anziani, disabili e psichiatrici). Sono conseguentemente catalogati, con possibilità di *download*, le delibere e gli accordi, mentre in apposita sezione è disponibile l'archivio storico di tali negozi giuridici. Essendo in fase di rinnovo la maggior parte di tali convenzioni, la relativa documentazione è in fase di costante aggiornamento.

A seguito di verifica delle tabelle ad oggi pubblicate, si conferma che le stesse sono aggiornate in ottemperanza alla tempistica su base annuale richiesta dall'art. 41 co. 4 D. lgs. 33/2013.

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO TECNICO – AMMINISTRATIVO
S.C.URP ATTIVITA' AMMINISTRATIVE OSPEDALE/TERRITORIO
Gestione Medici Convenzionati

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
procedura individuazione zone carenti (mmg /pls) e ore vacanti (continuità assistenziale, emergenza territoriale, medici sumai); procedure per sostituzioni temporanee mmg,pls,sumai, et,ca e predisposizione deliberazione del direttore generale	Individuazione zone carenti e/o turni vacanti non necessari; attribuzione sostituzioni temporanee a medici in modo non corretto	2,5	1,5	3,75 basso	PNA D	Controllo del rispetto della normativa con i calcoli appropriati e coinvolgimento dei comitati aziendali per la valutazione e validazione delle carenze rilevate. Utilizzo di un elenco precedentemente predisposto per l'assegnazione delle sostituzioni temporanee interno e/o regionale.		Direttore S.C.	Relazione semestrale al RPC su controlli effettuati
sottoscrizione contratto individuale personale convenzionato (sumai,ca,et)	Non utilizzo del contratto corretto	2,5	1,25	3,125 basso	ULTER	Controllo che vengano utilizzati i contratti predisposti differenziandoli per tipologia di personale convenzionato		Direttore S.C	Relazione semestrale al RPC su controlli effettuati
procedure di controllo per rispetto normativa acn vigenti , idoneita',studi,incompatibilita', autocertificazioni...)	Mancato controllo con conseguente attribuzione di indennità non dovute al personale convenzionato e/o dichiarazioni false	2,5	1,5	3,75 basso	ULTER	Applicazione della normativa specifica e valutazione immediata della documentazione al momento della presentazione degli atti		Direttore S.C	Relazione semestrale al RPC su controlli effettuati

rilascio certificazioni varie al personale convenzionato (di servizio, enpam, stipendiali, per organismi sindacali, ecc...) e predisposizione ATTI	Rilascio certificazioni errate	2,5	1,5	3,75 BASSO	ULTER	Aggiornamento periodico procedure web e cartelle personale medici convenzionati		DIRETTORE S.C.	Controlli a campione trimestrali e relazione semestrale al RPC su controlli effettuati
predisposizione graduatoria aziendale di continuit� assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professioni sanitarie	Errore nel calcolo del punteggio	2,5	1,25	3,125 BASSO	ULTER	Predisposizione accordo aziendale con regolamento sul punteggio da attribuire e controllo e validazione delle graduatorie da parte dei comitati aziendali		DIRETTORE S.C.	Controlli a campione sulla veridicit� dichiarazione
espletamento procedure finalizzate al pagamento delle attivita' correlate e competenza mensili al mmg e pls e registrazione negli applicativi di gestione quali iris, persweb, anagrafe sanitaria, ecc..., dei medici convenzionati	Inserimento voci stipendiali maggiorate e/o non corrette in modo da incrementare gli stipendi in modo inappropriato	2,83	2	5,66 ALTO	ULTER	Variabili stipendiali inserite in procedure solo dopo validazione ed autorizzazione dei Responsabili di struttura e/o \distretto S.S.		DIRETTORE S.C.	Controlli a campione e relazione semestrale al RPC su controlli effettuati
verifica consistenza fondi contrattuali mmg e pls, e predisposizione deliberazioni per le eventuali liquidazioni	Errato accantonamento in bilancio delle voci dei Fondi contrattuali	2,5	1,5	3,75 BASSO	ULTER	Sulla base delle tabelle regionali controllo sulle Autorizzazioni da parte dell'Ufficio ragioneria		DIRETTORE S.C.	Segnalazione da parte uff ragioneria sulle discrepanze

procedure per procedimenti disciplinari personale convenzionato come dagli acn di categoria	Omettere denunce e/o dichiarazioni a sfavore o a favore del medico interessato	2,16	2	4,32 MEDIO	ULTER	Procedura attivata tramite controlli interni e/o segnalazioni daterzi.		DIRETTORE s.c.	Controlli a campione
attività' di segreteria comitati aziendali mmg e pls e comitato consultivo zonale sumai	Attività che non comporta alcun rischio.	2,16	1,25	2,70 BASSO	ULTER	Convocazione e redazione verbali. 		DIRETTORE s.c. .	Redazione verbali su n. di comitati convocati.

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO TECNICO - AMMINISTRATIVO
S.C.SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI

SCHEDA 4

PROCEDIMENTI	DESCRIZIONE: RISCHI	VALORE PROBABILITÀ	VALORE E IMPATTO	VALORE COMPLESSIVO RISCHIO E GRADO	AREA PNA O ULTERIORE	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPISTICA DI attuazione Misure di prevenzione	RESPONSABILI LE misure prevenz.	MONITORAGGI O INDICATORI
Assegnazione dotazione informatica HW e SW	Non si rilevano significativi profili di rischio, possibile assegnazione di PC e strumenti informatici a servizi interni in assenza di autorizzazione	183	15	2,745 BASSO	ULT	Registrazione di tutte le assegnazioni di dotazioni informatiche. Verifica periodica a campione delle assegnazioni effettuate		Dirigente Responsabile S.C. SIA	Numero verifiche E registrazioni effettuate relazione semestrale RPCT
Collaudo Forniture	Possibile rischio di falsa dichiarazione di collaudo finalizzata a favorire/penalizzare il fornitore	2,7	2,5	6,7 ALTO	ULT.	Ogni verbale di collaudo deve essere firmato da dal referente della struttura che riceve la fornitura e dal tecnico del SIA che ha seguito la consegna ed il collaudo. Verifica di tutti i collaudi da parte del Dirigente Responsabile S.C. SIA		Dirigente Responsabili S.C. SIA	Numero verifiche effettuate relazione semestrale RPCT

Al Piano per la Prevenzione della Corruzione

Aggiornamento Annuale

2025-2027

REGISTRO RISCHI

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

S.C. MEDICINA NUCLEARE

S.C. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

S.C. PATOLOGIA CLINICA LABORATORIO ANALISI

S.C. IMMUNOPATOLOGIA E SERVIZI TRASFUSIONALI

S.S.D. LABORATORIO SPECIALISTICO TOSSICOLOGIA

S.S.D. SENOLOGIA DIAGNOSTICA

**Azienda Sociosanitaria Ligure 5
La Spezia
Ufficio Prevenzione della corruzione e trasparenza**

Via Fazio,30 19121 La Spezia

**VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
S.C. MEDICINA NUCLEARE**

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
LIBERA PROFESSIONE	Incremento attività in libera professione da eccessiva lunghezza dei tempi di attesa	2.20	1.30	3,50 basso	PNA	Contenimento tempi di attesa per la classe di priorità B e D 30 nei termini previsti dalla attuale normativa	In corso	Direttore Struttura	Monitoraggio report TMA forniti dalla Direzione Sanitaria

**VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
S.C. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA**

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Prenotazioni CUP "U" e "B" con accettazione diretta presso la Radiodiagnostica 1	* Vedasi nota alla pagina seguente	1,5	1,70	3,20 basso		** Vedasi nota alla pagina seguente		Direttore Struttura	Relazione semestrale
Acquisti sotto soglia	*** Vedasi nota alla pagina seguente	1,00	1,50	3,50 Basso		**** Vedasi nota alla pagina seguente		Direttore Struttura	Relazione semestrale

• Per esami di RM e TC ambulatoriali (CUP) la carenza di disponibilità e la discrepanza tra offerta/domanda comporta in alcuni casi, una presa in carico diretta da parte della Radiologia al fine di erogare nei tempi e nei modi richiesti l'esame. Questo comporta da parte del personale di "forzare" le agende di prenotazione o di occupare posti eventualmente liberi dedicati a pazienti interni o resosi liberi al recall sistematico operato dal personale della segreteria /accettazione della Radiodiagnostica 1.

Molte delle richieste aventi codici di priorità U o B derivano direttamente dalla Direzione Medica attraverso l'URP, altre dalla presentazione diretta di paziente alla accettazione della Radiologia o ancora previa telefonata del MMG.

- •• codificare un protocollo /percorso Aziendale atto ad individuare e tracciare i motivi della reale "urgenza"
- •• gestione degli acquisti sotto soglia per i dispositivi di Radiologia Interventistica . L'approvvigionamento dei dispositivi per la Radiologia Interventistica si basa su gare Aziendali non recenti ed espletate nel 2010 anni dal Provveditorato, attualmente sono in continua proroga in attesa di una gara Regionale (CRA) che è in corso di stesura, ma ferma sostanzialmente da due anni, che riduce la capacità di acquisire materiale innovativo o aggiornato alle reali necessità . L'acquisizione sotto soglia di dispositivi ritenuti infungibili, anche se condotta con procedure aziendali dal Provveditorato, potrebbero esporre a bassi rischi di acquisire materiale a prezzi non concorrenziali .
- •• • Revisione dei prezzi e dei materiali annuale .Verificare la possibilità di acquisizione temporanea (in attesa della definizione della Gara Regionale) con contratti di Service più economici.

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
S.C.PATOLOGIA CLINICA LABORATORIO ANALISI

SCHFDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Accettazione della richiesta di esami presso sportello CUP Registrazione prestazione e riscossione	1)Distrazione risorse pubbliche 2)Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione	Livello di rischio BASSO -La registrazione della prestazione avviene previa presentazione della impegnativa regionale .le richieste poi vengono passate al programma DNLAB -La prestazione è tracciata e il flusso inviato alla regione. -In caso di mancato pagamento si attiva la	ULTERIORE	Verifica a campione della congruenza tra esami prescritti e esami accettati e procedure di accesso Verifica a campione della congruenza tra esami effettuati e pagamento/esenzione Verifica degli incassi effettuati rispetto alla quadratura contabile elaborata dal software di accettazione In caso di richiesta anomala il programma CUPWEB non completa l'inserimento degli esami che quindi		Direttori Distretto Direttore S.C. att. ammin. .	Numero verifiche effettuate a campione Report semestrale a RPCT
Consegna referti senzioni tickets	Mancato pagamento perdita di introiti	Rischio MEDIO-BASSO Rimane comunque tracciato nel sistema lo stato debitorio	ULTERIORE PNA D	Verifica numero esami non ritirati e calcolo incidenza sul numero totale esami Avvio procedura riscossione coattiva		Direttore S.C. Att.ammin. SIA	Report semestrale a RPCT su verifiche svolte

	inserimenti esenzioni non dovute e danno era riale	BASSO Le esenzioni vengono caricate in automatico tramite l'anagrafica .		Invio completo al MEF di tutte le nuove autocertificazioni del reddito presentate e conseguente recupero coattivo del ticket non pagato Procedure di controllo a campione su documentazione relativa alle nuove esenzioni rilasciate		Direttori Distretto Direttore S.C. att.ammin.	Controllo trimestrale del 10% delle pratiche Relazione semestrale a RPCT su eventuali anomalie riscontrate
Esami per pazienti ricoverati/in pre ricovero o che accedono in day hospital o P.S.	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione (inserimento di soggetto non ricoverato o non proveniente da P.S.)	Rischio BASSO Tali pazienti devono essere precedentemente accettati dal sistema informatico ospedaliero per cui risulta quasi impossibile (e comunque sempre tracciato) l'inserimento di	ULTERIORE	Le richieste sono inserite direttamente in reparto con il programma WHALE che può accettare solo pazienti effettivamente ricoverati o in prericovero (attingendo da elenco pre ricoveri) o provenienti da P.S. Le richieste sono trasmesse in automatico al programma DNLAB del laboratorio		Direttore S.C. att.ammin Direttore Laboratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
Esami per pazienti ambulatoriali	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione (Inserimento senza impegnativa)	Rischio ALTO Potrebbe essere inserito qualunque paziente senza le corrette procedure di inserimento e pagamento ticket	ULTERIORE	Obbligo di inserire nella richiesta di esami per pazienti ambulatoriali il barcode dell'impegnativa regionale Verifica incrociata tra richieste inviate tramite il programma ambulatorio (WHALE) e richieste inserite sul programma CUPWEB		Tutti i medici ambulatoriali che prescrivono esami Direttore S.C. att.ammin Direttore	Verifica ogni 6 mesi Report semestrale a RPCT Verifica ogni 6 mesi
Esami per pazienti in cura presso SERT e altre comunità	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione (Inserimento di paziente che non è effettivamente	Rischio ALTO Potrebbe essere inserito qualunque paziente senza le corrette procedure di inserimento e pagamento ticket	ULTERIORE	Controllo a campione se tali pazienti risultano effettivamente in cura presso Sert o comunità		Direttore S.C. att.ammin Direttore Laboratorio Direttore SERT	Controlli a campione Report semestrale a RPCT

Esami di medicina preventiva per dipendenti	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione (Inserimento di paziente che non è un dipendente)	Rischio ALTO Potrebbe essere inserito qualunque paziente senza le corrette procedure di inserimento e pagamento ticket	ULTERIORE	Le richieste devono essere inserite direttamente dalla Medicina preventiva attraverso il programma WHALE evitando l'accesso diretto al laboratorio analisi Necessario controllo a campione se tali pazienti risultano effettivamente dipendenti		Direttore S.C. att.ammin Direttore Laboratorio Direttore Gestione Risorse	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
Esami per donatori	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione (Inserimento di paziente che non è un donatore)	Rischio ALTO Potrebbe essere inserito qualunque paziente senza le corrette procedure di inserimento e pagamento ticket Le richieste sono inserite dal centro Trasfusionale tramite il programma ELIOT e vengono trasmessi in automatico al programma DNLAB del Laboratorio.	ULTERIORE	Controllo a campione se tali pazienti risultano effettivamente donatori nell'elenco dei donatori del trasfusionale		Direttore S.C. att.ammin Direttore Laboratorio Direttore Trasfusionale	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
Esami inseriti direttamente dagli addetti del laboratorio :	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione (Inserimento di paziente senza impegnativa)	Rischio ALTO Potrebbe essere inserito qualunque paziente senza le corrette procedure di inserimento e pagamento ticket	ULTERIORE	Ridurre il più possibile il numero di esami inseriti direttamente sul gestionale del laboratorio e farle inserire correttamente sul programma CUP WEB Controllare le singole richieste inserite direttamente dalla segreteria del laboratorio e verificare se hanno impegnativa corretta (cioè se dopo l'inserimento è stata inviata l'impegnativa in back office per		Direttore Laboratorio Direttore Laboratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT Controlli a campione Report semestrale a RPCT

1)prelievi multipli con unica ricetta 2)richieste inviate da RSA 3)ripetizione di esami 4) esami di medicina sportiva 5) esami a pagamento		Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione (Inserimento di paziente senza impegnativa)	Rischio ALTO Potrebbe essere inserito qualunque paziente senza le corrette procedure di inserimento e pagamento ticket	ULTERIORE	1)Prelievi multipli con unica ricetta: verificare se nell'impegnativa è riportato "prelievi multipli" e riportare sempre nelle note il codice dell'impegnativa MADRE.		Direttore Laboratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
					2) richieste inviate da RSA: fornire alla RSA il programma TOP-AMB che permette di inviare in laboratorio la richiesta di esami quando viene creata l'impegnativa regionale		Direttore Laboratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
					3)<u>ripetizione</u> di esami: Registrare le ripetizioni di esami non completati o non eseguibili per mancata consegna del campione indicando nelle note il numero della richiesta madre		Direttore Laboratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
					4) esami di medicina Sportiva: Verificare che il paziente abbia prenotato una visita di emdicina sportiva		Direttore Laboratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
					5) esami a pagamento: Caricare direttamente le impegnative a pagamento nel programma di libera professione		Direttore Laboratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
Acquisto reagenti sotto soglia	Favorire alcune ditte rispetto ad altre	Rischio MEDIO	PNA	Limitare tali acquisti Procedure conformi alle direttive del provveditorato			Direttore laboratorio	Relazione semestrale a RPCT
Controllo consumi	Appropriazione indebita	I reagenti utilizzati sono reagenti specificata mente dedicati alle strumentazioni in uso di grandi capacità , non		Controllo di congruità tra consumo reagenti e tests refertati				

Stesura capitolati per gare sotto soglia e valutazione offerte	Favorire alcune ditte rispetto ad altre	<u>Rischio MEDIO</u>	PNA	Procedure conformi alle direttive del provveditorato. Rotazione per stesura capitolati e commissioni di		Direttore laboratori	Relazione semestrale a RPCT
Libera professione	Favorire la libera professione a discapito dell'attività istituzionale	Rischio BASSO	PNA	Limitare l'attività libero professionale entro % ridotte rispetto a quella istituzionale (<al 10%) Garantire in istituzionale tutte		Direttore laboratori	Relazione semestrale a RPCT

Azienda Sociosanitaria Ligure 5
La Spezia
Ufficio Prevenzione corruzione
e trasparenza

Prot. n. 68

La Spezia, 29.07.2019

**OGGETTO: Analisi e mappatura processi a rischio di corruzione nel
laboratorio Analisi SP**

A seguito di evidenze occorse in alcune Aziende sanitarie della Regione Liguria relativamente ad irregolarità nell'effettuazione di esami e prestazioni di laboratorio , la Direzione Aziendale, d'intesa con il sottoscritto responsabile Prevenzione Corruzione di ASL 5 , ha ravvisato la necessità di effettuare un approfondimento delle tematiche della legalità con particolare riferimento alle aree di rischio inerenti l'attività resa dal Laboratorio Analisi del Presidio ospedaliero di ASL 5 .

Pertanto si è concordato in sede di obiettivi di Budget anno 2019 di assegnare al Responsabile Prevenzione Corruzione (che svolge anche le funzioni di Direttore della S.C. Attività amministrative del dipartimento di prevenzione) l'obiettivo di " Analisi e mappatura processi a rischio di corruzione nel laboratorio Analisi SP" aggiornando la precedente scheda di rilevazione dei rischi allegata all'ultimo Piano triennale 2019-2021.

In via preliminare ho proceduto, d'intesa con il Direttore del laboratorio analisi ,allo studio del percorso operativo delle prestazioni di laboratorio indispensabile per individuare le fasi maggiormente a rischio e prevedere idonee misure di contrasto e minimizzazione dei rischi di corruzione.

L'attuale organizzazione dei laboratori analisi di medie e grandi dimensioni come quello di ASL5 prevede una elevata automazione, una continua ricerca della qualità dei risultati ed un'attenta valutazione dei rischi nell'ambito del contesto in cui ci si trova ad operare.Tra i potenziali rischi deve essere considerata anche la possibilità che vengano effettuati esami senza il normale iter autorizzativo, che potrebbe determinare un incremento della spesa con danno economico per la comunità, oltre ad una indebito favoreggiamento di alcuni utenti che accedono al servizio rispetto ad altri.

Occorre pertanto analizzare l'iter delle richieste, individuare i punti e le modalità con le quali potrebbero essere inserite richieste non regolari, stilare regole e modalità di comportamento per il personale coinvolto, porre in atto sistemi per impedire tali azioni e meccanismi di controllo per verificare il corretto operato di tutti.

MODALITA' DI ACQUISIZIONE DA PARTE DEL LABORATORIO ANALISI DELLE RICHIESTE DI ESAMI

Il programma gestionale del Laboratorio Analisi (LIS) è DNLAB, della ditta Dedalus, che risulta collegato ai vari strumenti ed in grado di gestire migliaia di dati giornalieri.

Giornalmente pervengono al programma del Laboratorio DNLAB una media di 1000-1500 richieste, fondamentalmente con due modalità:

- richieste pervenute da altri programmi informatici interfacciati con DNLAB
- richieste imputate direttamente dagli operatori del Laboratorio analisi su DNLAB da terminali client laddove sono stati posizionati dal SIA:
 - Laboratorio analisi del S.Andrea
 - Laboratorio analisi del S.Bartolomeo
 - Centro prelievi del S.Bartolomeo

Sempre giornalmente inoltre sono generate in automatico da DNLAB anche richieste di controlli interni di qualità (che devono seguire lo stesso iter dei pazienti) e saltuariamente sono inserite richieste per prove di configurazione (denominate in genere PROVA)

Per accedere al programma è necessario imputare utente (numero di matricola preceduto a asi) e password.

Tipologia di pazienti

Le tipologie di pazienti per i quali vengono richiesti esami sono:

- a. Pazienti ricoverati anche in regime di Day Hospital
- b. Pazienti che accedono al Pronto Soccorso
- c. Pazienti che accedono agli ambulatori ospedalieri o territoriali
- d. Pazienti dializzati
- e. Donatori riconosciuti come tali dal Centro trasfusionale
- f. Dipendenti che hanno eseguito la visita periodica con prelievo ematico
- g. Pazienti ricoverati nelle RSA
- h. Carcerati nella locale casa circondariale
- i. Pazienti in cura al SERT o nelle comunità terapeutiche
- j. Pazienti che accedono alla medicina sportiva
- k. Pazienti che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto per screening di tumore del colon
- l. Pazienti in regime di pagamento che pagano direttamente la prestazione o tramite convenzioni con Asl.

Per ogni tipologia di paziente esiste un iter autorizzativo differenziato

- a) e b) i pazienti ricoverati o che accedono in Day Hospital o al Pronto soccorso --
devono essere precedentemente accettati dal sistema informatico ospedaliero per cui risulta marginale o quasi impossibile l'inserimento di pazienti che non sono già stati presi in carico dal sistema; .
- c) I pazienti che accedono agli ambulatori ospedalieri e territoriali devono essere in possesso di una impegnativa regionale che viene registrata nel programma CUP-WEB. Tale programma evidenzia in automatico eventuale esenzione (senza quindi possibilità di poter inserire false esenzioni) , calcola il ticket ed invia in regione le prestazioni erogate.
- d) I pazienti dializzati eseguono il prelievo al momento della dialisi. Si tratta di una prestazione ambulatoriale che deve essere inviata in regione anche senza impegnativa regionale.
- e) Le richieste di esami per i donatori sono inviati solo dalla Medicina trasfusionale, che definisce la tipologia di esami.
- f) Le richieste per i dipendenti sono inviate dalla medicina preventiva al momento della visita periodica
- g) e h) Le richieste di esami per i pazienti di RSA e carceri prevedono anche l'impegnativa regionale come per gli ambulatoriali.

- i) I pazienti in carico a SERT e comunità terapeutiche non necessitano di impegnativa regionale.
- j) I pazienti che accedono alla medicina sportiva hanno incluso gli esami nella prestazione di visita medica.
- k) I pazienti che accedono allo screening (sangue occulto) hanno l'esame gratuito e con percorso dedicato.
- l) I pazienti che accedono al servizio a pagamento pagare interamente le prestazioni richieste

MODALITA' DI INSERIMENTO RICHIESTE NEL PROGRAMMA DEL LABORATORIO

Le varie richieste una volta pervenute al Laboratorio analisi sono inserite con due modalità:

1. Inviata automaticamente da un altro programma informatico
2. Tramite terminale client da parte degli operatori del Laboratorio sul programma del Laboratorio DNLAB

Punto 1) I programmi che inviano richieste di esami al Gestionale di Laboratorio sono:

WHALE – per le richieste provenienti da reparti, pronto soccorso, ambulatori ospedalieri, SERT, ambulatori territoriali

CUP WEB- Centri prelievo territoriali

ELIOT - donatori

TOPAMB –RSA (circa il 50%)

TOP SCREEN- screening sangue occulto

Punto 2) Richieste inserite direttamente da terminali client da parte degli operatori del Laboratorio :

Paganti in proprio o sulla base di convenzioni

Pazienti di comunità terapeutiche

Pazienti presenti in alcune RSA non ancora collegate con TOPAMB

Pazienti con richiesta esente e con successivo inserimento su CUP-WEB

Pazienti con richiesta dello stesso esame informa multipla per i prelievi successivi al primo fino al totale previsto nell'impegnativa.

Pazienti che accedono alla medicina sportiva e consegnano in laboratorio

Ripetizioni di esami non eseguiti per vari motivi (sangue coagulato, provetta rotta o non idonea, etc)

Campioni consegnati fuori orario con i terminali CUP-WEB non disponibili (richiesta inserita su CUP WEB successivamente)

Richieste inserite nel corso di guasti o malfunzionamenti di altri sistemi informatici

Oltre a tali pazienti sono saltuariamente inserite da terminali richieste fittizie (di prova) per verificare la corretta configurazione informatica, generalmente con esami a caso e risultati palesemente anormali.

Le richieste che necessitano di impegnativa regionale devono registrare tale impegnativa su CUP WEB o inserendo direttamente la richiesta in questo programma o inviando l'impegnativa in back office dopo aver inserito la richiesta.

Le richieste di paganti che accedono direttamente al Laboratorio , di medicina del lavoro e della commissione patenti vengono trasmesse , una volta inserite in DNLAB, al programma di Libera Professione che contabilizza il dovuto e mantiene aperto il credito fino ad avvenuto saldo.

Le richieste di paganti in convenzione (Don Gnocchi, Spezia calcio, ASL4) sono contabilizzate mensilmente ed inviate alla ragioneria per l'emissione di fattura.

SISTEMI E MODALITA' DI CONTROLLO E VERIFICA DELLA CORRETTEZZA DELLE RICHIESTE INSERITE NEL PROGRAMMA DEL LABORATORIO (DNLAB).

Come sopra evidenziato, le tipologie di pazienti e le modalità di inserimento delle richieste nel gestionale di laboratorio sono numerose ed altrettanto diversificati devono essere i sistemi di controllo e verifica del corretto comportamento degli operatori e del rispetto delle disposizioni impartite.

Richieste pervenute da CUP-WEB (ISES) Centri prelievi territoriali

Tale programma è presente nei punti prelievo territoriali e presso il laboratorio analisi. E' interfacciato con il DNLAB a cui invia gli esami e l'anagrafica del paziente al momento di salvare la richiesta.

Le richieste sono fondamentalmente sempre in regola in quanto per l'accettazione su CUP WEB di un paziente con esami deve essere inserita preventivamente la richiesta regionale corretta e completa in tutti i campi comprese le eventuali esenzioni e il pagamento dovuto.

Se la richiesta è anomala (paziente non risulta esente, inseriti esami esenti e paganti nella stessa richiesta, nome non corretto, etc..) il programma CUP WEB non completa l'inserimento degli esami e non viene trasmesso niente al DNLAB.

Richieste pervenute da WHALE (reparti, pronto soccorso, ambulatori ospedalieri, SERT, ambulatori territoriali)

Tale programma è presente in varie versioni in base alla tipologia di pazienti che si vuole inserire :

-Programma utilizzato per richiedere esami ai ricoverati : quando aperto con tale modalità è possibile programmare richieste presso il laboratorio solo di pazienti

degenti presso il reparto cui è collegato l'utente e già accettati dal sistema per cui risulta impossibile inserire un paziente NON effettivamente ricoverato

-Programma utilizzato per richiedere esami a pazienti che si sono presentati per visite presso ambulatori ospedalieri o territoriali : quando aperto con tale modalità l'utente può selezionare od inserire qualunque paziente . Contestualmente alla richiesta informatica su WHALE il medico deve redigere una richiesta regionale su TOPAMB o cartacea (qualora TOPAMB non disponibile) da inviare in back office in via XXIV Maggio per collegare/inserire la richiesta esami al Laboratorio Analisi e permettere il flusso verso la Regione.

-Programma utilizzato per richiedere esami di pazienti che accedono senza necessità di ricetta regionale.

Si tratta di un punto critico che necessita di controlli ed incroci tra richieste inviate da WHALE e richieste inserite su CUP WEB ISES . La responsabilità di tale procedura deve essere del responsabile dell'ambulatorio che, se non in grado di controllare, deve limitarsi ad inviare i pazienti presso i vari punti prelievo territoriali, invece di fare i prelievi direttamente.

Il programma WHALE è utilizzato anche dagli ambulatori territoriali :

- SERT
- centro antidiabetico
- carceri
- ambulatorio NOA
- ambulatorio salute mentale
- ambulatorio trasfusionale

Punti critici sono:

- L'impegnativa non viene redatta
- L'impegnativa cartacea non perviene al back office o perviene in ritardo e non viene inserita correttamente sul programma CUP WEB ISES
- Gli esami inseriti su CUP WEB non corrispondono a quelli inseriti su WHALE
- L'impegnativa viene consegnata al paziente per il pagamento ticket che non viene effettuato

CONTROLLI DA METTERE IN ATTO PERIODICAMENTE PER VERIFICARE CHE TUTTE LE RICHIESTE ABBIANO LA CORRETTA AUTORIZZAZIONE:

Richieste provenienti da ISES-CUP WEB

Incrociare le richieste presenti in DNLAB (programma del laboratorio analisi) e quelle registrate su ISES CUP WEB (da fare ogni 6 mesi) *da attuare*

Richieste provenienti da WHALE

Per i ricoverati e con accesso a PS possibilità di accettare solo pazienti che sono stati già accettati dal reparto o dal PS su SIO - *attuato*

Per i pazienti ambulatoriali obbligo di inserire nella richiesta su WHALE il barcode della/e impegnative regionali- *da attuare*

Per i pazienti ambulatoriali verificare periodicamente (ogni 6 mesi) la presenza di impegnativa registrata erogata su CUP WEB ISES entro 40 giorni dalla data del prelievo -*da attuare*

Per i pazienti SERT e comunità verificare la presenza del paziente tra quelli effettivamente in trattamento presso il SERT -*da attuare*

Per la medicina preventiva verificare che le richieste siano effettivamente di dipendenti. -*da attuare*

Richieste provenienti da ELIOT (programma donatori)

- Verificare la presenza dei pazienti Donatori nell'elenco dei donatori del Trasfusionale – **da attuare**

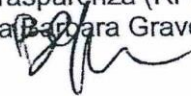
Richieste inserite in laboratorio a pagamento

- Caricare direttamente le impegnative a pagamento nel programma di libera professione - **attuato**

Richieste inserite direttamente in laboratorio con ricetta regionale

- Ridurre il più possibile le richieste che vengono inserite in segreteria di laboratorio sul gestionale di laboratorio ed inserire invece su ISES CUP WEB – **già date disposizioni in tal senso ed attuato**
 - Controllare le singole richieste che sono state inserite dalla segreteria sul gestionale di laboratorio per vedere se hanno un'impegnativa corretta (prelievo multiplo, inserimento in back office) – **in fase di attuazione**
 - Per i prelievi multipli con unica ricetta (solitamente esenti) verificare se esiste l'impegnativa che riporta prelievi multipli e riportare sempre nelle note il codice dell'impegnativa madre.- **da attuare**
-
- Richieste inviate da RSA : fornire all'RSA il programma TOP-AMB che permette di inviare in laboratorio la richiesta quando viene creata l'impegnativa regionale.- **in fase di attuazione al 50%**
 - Registrare le ripetizioni di esami non completati o non eseguiti per mancata consegna del campione (es. Urine) indicando nelle note il numero della richiesta madre – **da attuare**
 - Medicina sportiva : verificare che il paziente abbia prenotata una visita- **da attuare**

Il Responsabile anticorruzione
e Trasparenza (RPCT)
(Dott.ssa Barbara Graverini)



Allegato n. 1: Scheda n. 4 registro rischi contenente mappatura e analisi rischi laboratorio da inserire nel prossimo Piano Anticorruzione 2020-2022

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
S.C. IMMUNOEMATOLOGIA E SERVIZIO TRASFUSIONALE

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Prenotazione visite Ambulatorio Medicina Trasfusionale – Agenda visite di controllo per poliglobulia/emocromatosi/salassi/eritroafèresi terapeutiche	Possibile abuso/discrezionalità nella valutazione dei requisiti per accedere alle visite successive/salassi/eritroafèresi terapeutiche.	2,00	1,60	3,60 basso	ulteriore	L'agenda in esame viene gestita direttamente dalla nostra struttura inserendo le prenotazioni stesse in ISESWEB e prevede 5 posti/die (attualmente il martedì/giovedì). Il personale dedicato è composto da 1 infermiera+ 1 Medico. In considerazione della carenza di personale Medico, la rotazione dello stesso viene effettuata per quanto possibile e soprattutto in base alla valutazione clinica del caso secondo linee guida e raccomandazioni condivise		Direttore Struttura	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT
Prenotazione Ambulatorio Medicina Trasfusionale – Agenda Terapia Trasfusionale	Possibile abuso/discrezionalità nella valutazione dei requisiti per accedere alla Terapia Trasfusionale	2,00	1,50	3,50 basso	ulteriore	L'agenda in esame viene gestita direttamente dalla nostra Struttura inserendo le prenotazioni in ISESWEB. Prevede: 4 posti/die per 5 giorni/settimana. Il personale dedicato è composto da 1 infermiera+ 1 Medico. In considerazione della carenza di personale Medico, la rotazione dello stesso viene effettuata per quanto possibile e soprattutto in base alla valutazione clinica del caso secondo linee guida e raccomandazioni condivise. Trattandosi di Terapia particolare la sua gestione è estremamente critica e prevede l'effettuazione entro 72 ore dalla constatazione della necessità trasfusiva. Non vi sono liste d'attesa ed è raccomandata la massima disponibilità nei confronti del paziente		Direttore Struttura	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT

Prenotazione Ambulatorio Medicina Trasfusionale – Agenda controlli	Possibile abuso/discrezionalità nella valutazione dei requisiti per accedere all'effettuazione dei controlli	2,00	1,40	3,40 basso	ulteriore	L'agenda in esame viene gestita direttamente dalla nostra Struttura inserendo le prenotazioni in ISESWEB Prevede: 3 posti/die per 5 giorni/settimana. Il personale dedicato è composto da 1 infermiera+ 1 Medico. In considerazione della carenza di personale Medico, la rotazione dello stesso viene effettuata per quanto possibile e soprattutto in base alla valutazione clinica del caso secondo linee guida e raccomandazioni condivise.		Direttore Struttura	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT
Gestione della terapia Trasfusionale domiciliare	Possibile abuso/discrezionalità nella valutazione dei requisiti per accedere al Programma di Terapia Trasfusionale Domiciliare	2,20	1,20	3,40 basso	ulteriore	Il Progetto di terapia Trasfusionale domiciliare, attivo per il nostro Servizio dal 2005, viene svolto secondo un preciso protocollo operativo che prevede: Segnalazione da parte del Curante – Prima visita da parte del D.M. Trasfusionista per conferma eleggibilità della prestazione – Terapia trasfusionale a domicilio. Tale attività viene svolta da Medici e Infermieri del SIMT su base volontaria e prevede una precisa “rotazione” degli stessi. Si tratta di Attività per soggetti “fragili” e viene pertanto effettuata su precise indicazioni cliniche, specificate nel protocollo operativo		Direttore Struttura	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT

Prime visite/Viste Urgenti	Possibile abuso/discrezionalità nella valutazione dei requisiti per accedere alle Visite di Medicina Trasfusionale	2,00	1,50	3,50 basso	ulteriore	Agenda gestita direttamente dal CUP		Direttore Struttura	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT
Accesso Donatori di sangue	Possibile Discrezionalità nell'accesso alle donazioni	2,00	1,60	3,30 basso	ulteriore	Accesso Libero, idoneità alla donazione attribuita secondo precisi criteri stabiliti dal Decreto 28/12/2015		Direttore Struttura	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT
Partecipazione a "Gare sottosoglia" per l'acquisizione di strumenti/ materiale del valore < 40.000€	Possibile discrezionalità nel favorire un fornitore rispetto ad un altro	1,80	1,50	3,60 basso	ulteriore	Viene demandata la definizione delle modalità di dettaglio allo strumento delle linee guida ANAC e aziendali in base a criteri di economicità, efficacia, tempestività, correttezza, libera concorrenza, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità nonché nel rispetto del principio di rotazione e in modo da assicurare l'effettiva possibilità di partecipazione di tutti i potenziali fornitori		Direttore Struttura	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT
Acquisizione e di strumentazione e diagnostici immunoematologia e Biologia molecolare	Discrezionalità nella scelta di un fornitore piuttosto di un altro	2,00	1,50	3,50 basso	ulteriore	Rispetto delle normative stabilite in seguito a espletamento Gara Regionale per la diagnostica di Immunoematologia e Biologia molecolare		Direttore Struttura	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
S.S.D. LABORATORIO SPECIALISTICO TOSSICOLOGIA

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Gare acquisto sotto soglia	Rischio di favorire aziende dietro compensi economici o possibili favori	2,20	1,25	3,45 basso	PNA	Tutte le procedure di gara sono gestite dal provveditorato aziendale che prende in considerazione per l'aggiudicazione sia l'offerta economica che la valutazione tecnica ed ha il potere decisionale finale		Direttore Struttura	N° di ricorsi o richieste chiarimenti da parte delle Aziende
Indagini a valenza medico-legale	Rischio di favorire provvedimento medico-legali alterando il risultato analitico	2,00	2,25	4,25 medio		La procedura analitica è stata validata attraverso un processo descritto nella documentazione per la Certificazione ISO 9000:2015 che prevede una analisi dei rischi. Viene descritta l'applicazione di molteplici controlli a partire dalla integrità della catena di custodia, dalla verifica dei cromatogrammi da parte del personale dirigente in fase di firma del referto, all'invio per posta certificata direttamente agli stakeholder		Direttore Struttura	N° di non conformità riscontrate e N° di contestazioni o richieste chiarimenti avanzate da parte delle commissioni

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

S
t
r
u
t
t
u
r
a

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
S.S.D. SENOLOGIA DIAGNOSTICA

SCHEDA 4

PROCEDIMENT O	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABIL ITA	IMP ATT O	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazion e	RESPONSABIL E misure prevenz.	MONITORAGGI O INDICATORI
Lista attesa CUP (mammografia)	Favorire determinati pazienti	2,20	1,25	3,45	ANAC DET.12/15	Gestione affidata ai punti di prenotazione CUP		Responsabile SSD	Relazione semestrale sull'attuazione delle misure
Lista attesa ambulatori degli specialisti (mammografie e ecografie)	Favorire determinati pazienti	2,00	1,50	3,50 basso	ANAC DET. 12/15	Gestione affidata agli specialisti degli ambulatori (chirurgo, oncologi, radioterapista)		Responsabile SSD	Relazione semestrale sull'attuazione delle misure
Lista attesa RM mammella	Favorire determinati pazienti	2,00	1,50	3,50 basso	ANAC DET.12/15	Gestione gestita in proprio della SSD senologia diagnostica secondo criteri ben definiti (urgenza, periodo utile per le donne ancora con ciclo mestruale, presentazione della richiesta)		Responsabile SSD	Relazione semestrale sull'attuazione delle misure
Lista attesa accertamenti invasivi (agoaspirato , angioplastica)	Favorire determinati pazienti	2,10	1,30	3,40 basso	ANAC DET.12/15	Gestione in proprio della SSD senologia diagnostica secondo criteri ben definiti (urgenza, presentazione richiesta)		Responsabile SSD	Relazione semestrale sull'attuazione delle misure

Al Piano per la Prevenzione della Corruzione

Aggiornamento Annuale

2025-2027

REGISTRO RISCHI

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

S.C.DISTRETTO 17

S.C.DISTRETTO 18

S.C.DISTRETTO 19

S.C.FRAGILITA',NON AUTOSUFFICIENTE E RESIDENZIALITA'

S.S.D.MALATTIE ENDOCRINE E METABOLICHE

GESTIONE CUP/PUA

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
S.C. DISTRETTO 17

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
prescrizione ausili protesici	favorire una ditta fornitrice rispetto ad altra	3,3	1,75	5,7 ALTO	ULT	Forniture secondo gara Validazione ausili speciali da parte di commissione apposita aziendale o regionale Regolamenti e procedure		Respons.SS Riabilit./prot esica	Report validazioni da parte delle commissioni e verifica semestrale
liste d'attesa per l'accesso ai trattamenti semi e residenziali disabili	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 MEDIO	DETE R.AN AC n.12/ 2015	Lista unica regionale Criteri d'accesso unici regionali Valutazione congiunta sociosanitaria		Respons.SS Dosabili	Relazione in cui si attesta che si è attenuti alla procedura
Qualita' strutture	favorire il gestore sul giudizio di qualita' rispetto ad altro	2,17	1,25	2,71 BASSO	ULT	Presenza di scheda unica regionale Commissione multi professionale Verifica responsabile annuale sui report Alisa e criteri di Qualità Presenza di commissioni esterne valutatrici (Asl liguri)		Respons. SS Disabili	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura

liste d'attesa per l'accesso ai trattamenti riabilitativi ambulatoriali (cup)	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 MEDIO	DETER. ANACA 12/2015	PRENOTAZIONI CUP=100% PROCEDURE: sono i colleghi Sumaisti che possono, dopo la visita, prenotare direttamente i trattamenti presso i centri convenzionati (Cavallini; Belvedere)		Responsabile SS Riabilitaz. /protesica	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura.
liste d'attesa per l'accesso alle visite riabilitative ambulatoriali non cup e conseguente trattamento	attualmente sono in uso agende cartacee che non assicurano la privacy	2,0	2,25			UTILIZZO DI UNA AGENDA COMPUTERIZZATA (TOP AMB) Non esistono liste di attesa sia per le visite che per l'accesso ai trattamenti		Respons. ss Riabilitaz. /protesica	Numero degli utenti inseriti nell'agenda elettronica rispetto al cartaceo
accesso ai trattamenti riabilitativi domiciliari	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 MEDIO	DETER. ANAC n.12/2015	Procedure per triage e presenza di criteri di priorità per definire lista d'attesa Accessi riabilitativi erogati su indicazione e ricetta di MMG Controllo accessi domiciliari appalto		Respons. ss Riabilitaz. /protesica	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura.
accesso alle cure domiciliari	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 MEDIO	DETER. ANAC n.12/2015	Assente lista d'attesa: tempo di presa in carico max 48 ore Accessi infermieristici e farmaci erogati su indicazione e ricetta di MMG Verifica erogazione materiale sanitario al domicilio (procedura) -Controllo accessi domiciliari appalto (procedura) SUPERVISIONE MEDICO GERIATRA RESPONSABILE		Respons. SS Cure domiciliari	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura.

accesso a benefici economici (dote di cura)	favorire un cittadino nell'accesso al beneficio rispetto ad un altro o concederlo a chi non ne abbia diritto	2,8	1,75	4,55 MEDIO	PNA D	Criteri d'accesso unici regionali/nazionali Valutazione congiunta sociosanitaria in equipe integrata Validazione successiva Unità Distrettuale garante dell'appropriatezza dell'erogazione del beneficio Aggravamenti e rivalutazioni solo previa certificazione 'MMG o Ospedaliera o specialista oppure su presentazione di relazione sociale	Già attuate	Responsabili equipe integrata e direttori sociosanitari distretto	Relazione in cui si attesta attenuti alla procedura.
---	--	-----	------	---------------	----------	--	-------------	---	--

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
S.C. DISTRETTO 18

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
prescrizione ausili protesici	favorire una ditta fornitrice rispetto ad altra	3,3	1,75	5,7 ALTO	ULT	Forniture secondo gara Validazione ausili speciali da parte di commissione apposita aziendale o regionale Regolamenti e procedure		Respons.SS Riabilit./protesica	Report validazioni da parte delle commissioni e verifica semestrale
liste d'attesa per l'accesso ai trattamenti semi e residenziali disabili	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 MEDIO	DETER .ANAC n.12/2015	Lista unica regionale Criteri d'accesso unici regionali Valutazione congiunta socio sanitaria		Respons.SS Disabili	Relazione in cui si attesta che si è attenuti alla procedura
qualita' strutture	favorire il gestore sul giudizio di qualita' rispetto ad altro	2,17	1,25	2,71 BASSO	ULT	Presenza di scheda unica regionale Commissione multi professionale Verifica responsabile annuale sui report Alisa e criteri di Qualità Presenza di commissioni esterne valutatrici (Asl liguri)		Respons. SS Disabili	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura

liste d'attesa per l'accesso ai trattamenti riabilitativi ambulatoriali (cup)	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 MEDIO	DETER. ANACA 12/2015	PRENOTAZIONI CUP=100% PROCEDURE: sono i colleghi Summaisti che possono, dopo la visita, prenotare direttamente i trattamenti presso i centri convenzionati (Cavallini; Belvedere)		Responsabile SS Riabilitaz. /protesica	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura.
liste d'attesa per l'accesso alle visite riabilitative ambulatoriali non cup e conseguente trattamento	attualmente sono in uso agende cartacee che non assicurano la privacy	2,0	2,25			UTILIZZO DI UNA AGENDA COMPUTERIZZATA (TOP AMB) Non esistono liste di attesa sia per le visite che per l'accesso ai trattamenti		Respons. ss Riabilitaz. /protesica	Numero degli utenti inseriti nell'agenda elettronica rispetto al cartaceo
accesso ai trattamenti riabilitativi domiciliari	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 MEDIO	DETER. ANAC n.12/2015	Procedure per triage e presenza di criteri di priorità per definire lista d'attesa Accessi riabilitativi erogati su indicazione e ricetta di MMG Controllo accessi domiciliari appalto		Respons. ss Riabilitaz. /protesica	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura.
accesso alle cure domiciliari	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 MEDIO	DETER. ANAC n.12/2015	Assente lista d'attesa: tempo di presa in carico max 48 ore Accessi infermieristici e farmaci erogati su indicazione e ricetta di MMG Verifica erogazione materiale sanitario al domicilio (procedura) -Controllo accessi domiciliari appalto		Respons. SS Cure domiciliari	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura.

accesso a benefici economici (dote di cura)	favorire un cittadino nell'accesso al beneficio rispetto ad un altro o concederlo a chi non ne abbia diritto	2,8	1,75	4,55 1 MEDIO 	PNA D	<i>Criteria d'accesso unici regionali/nazionali</i> <i>Valutazione congiunta sociosanitaria in equipe integrata</i> <i>Validazione successiva Unità Distrettuale garante dell'appropriatezza dell'erogazione del beneficio</i> <i>Aggravamenti e rivalutazioni solo previa certificazione</i> <i>'MMG o Ospedaliera o specialista oppure su presentazione di</i>	<i>Responsabili integrati e direttori sociosanitari distretto</i>	<i>Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura.</i>
---	--	-----	------	---------------------------------------	----------	--	---	---

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
S.C. DISTRETTO 19

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILITÀ E misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
prescrizione ausili protesici	favorire una ditta fornitrice rispetto ad altra	3,3	1,75	5,7 ALTO	ULT	Forniture secondo gara Validazione ausili speciali da parte di commissione apposita aziendale o regionale Regolamenti e procedure		Respons.SS Riabilit./protesica	Report validazioni da parte delle commissioni e verifica semestrale
liste d'attesa per l'accesso ai trattamenti semi e residenziali disabili	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 MEDIO	DETER .ANAC n.12/2015	Lista unica regionale Criteri d'accesso unici regionali Valutazione congiunta sociosanitaria		Respons.SS Dosabili	Relazione in cui si attesta che si è attenuti alla procedura
qualità strutture	favorire il gestore sul giudizio di qualità rispetto ad altro	2,17	1,25	2,71 BASSO	ULT	Presenza di scheda unica regionale Commissione multi professionale Verifica responsabile annuale sui report Alisa e criteri di Qualità Presenza di commissioni esterne valutatrici (Asl liguri)		Respons. SS Disabili	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura

liste d'attesa per l'accesso ai trattamenti riabilitativi ambulatoriali (cup)	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 MEDIO	DETER. ANAC 12/2015	PRENOTAZIONI CUP=100% PROCEDURE: sono i colleghi Sumaisti che possono, dopo la visita, prenotare direttamente i trattamenti presso i centri convenzionati (Cavallini; Belvedere)		Responsabile SS Riabilitaz. /protesica	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura.
liste d'attesa per l'accesso alle visite riabilitative ambulatoriali non cup e conseguente trattamento	attualmente sono in uso agende cartacee che non assicurano la privacy	2,0	2,25			UTILIZZO DI UNA AGENDA COMPUTERIZZATA (TOP AMB) Non esistono liste di attesa sia per le visite che per l'accesso ai trattamenti		Respons. ss Riabilitaz. /protesica	Numero degli utenti inseriti nell'agenda elettronica rispetto al cartaceo
accesso ai trattamenti riabilitativi domiciliari	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 MEDIO	DETER. ANAC n.12/2015	Procedure per triage e presenza di criteri di priorità per definire lista d'attesa Accessi riabilitativi erogati su indicazione e ricetta di MMG Controllo accessi domiciliari a appalto		Respons. ss Riabilitaz. /protesica	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura.
accesso alle cure domiciliari	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 MEDIO	DETER. ANAC n.12/2015	Assente lista d'attesa: tempo di presa in carico max 48 ore Accessi infermieristici e farmaci erogati su indicazione e ricetta di MMG Verifica erogazione materiale sanitario al domicilio (procedura) -Controllo accessi domiciliari a appalto		Respons. SS Cure domiciliari	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura.

accesso a benefici economici (dote di cura)	favorire un cittadino nell'accesso al beneficio rispetto ad un altro o concederlo a chi non ne abbia diritto	2,8	1,75	4,5 MEDIO	PNA D	Criteri d'accesso unici regionali/nazionali Valutazione congiunta sociosanitaria in equipe integrata Validazione successiva Unità Distrettuale garante dell' 'appropriatezza dell'erogazione del beneficio Aggravamenti e rivalutazioni solo previa certificazione 'MMG o Ospedaliera o specialista oppure su presentazione di		Responsabili integrati e direttori sociosanitari distretto	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura.
---	--	-----	------	--------------	----------	--	--	--	--

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
S.C. FRAGILITA', NON AUTOSUFFICIENTI E RESIDENZIALITA'

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA'	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILITA' E misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
prescrizione ausili protesici (rsa aziendale)	favorire una ditta fornitrice rispetto ad altra	3,3	1,75	5,7 ALTO	ULT	Forniture secondo gara Validazione ausili speciali da parte di commissione apposita aziendale o regionale Regolamenti e procedure		Respons. direttore struttura	Report validazioni da parte delle commissioni e verifica semestrale
liste d'attesa per l'accesso ai trattamenti semi e residenziali anziani di mantenimento	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 MEDIO	DETER. ANAC n.12/2015	Lista unica regionale Criteri d'accesso unici regionali Valutazione congiunta sociosanitaria Aggravamenti e rivalutazioni solo semestrali o previa certificazione dell'MMG o ospedaliera oppure su presentazione di relazione sociale		Respons. direttore struttura	Relazione in cui si attesta che si è attenuti alla procedura
qualita' strutture	favorire il gestore sul giudizio di qualita' rispetto ad altro	2,17	1,25	2,71 BASSO	ULT	Presenza di scheda unica regionale Commissione multi professionale Verifica responsabile annuale sui report Alisa e criteri di Qualità Presenza di commissioni esterne valutatrici (altre ASL liguri)		Respons. direttore struttura	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura

DIMISSIONI PROTETTE Accesso ai trattamenti residenziali extra ospedalieri di post acuzie	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 1 MEDIO I I I	DETER. ANAC N. 12/2015	Presenza protocolli con procedure e criteri Valutazione congiunta sociosanitaria e condivisa con CIO ospedaliero Casi complessi in equipe/UVM		<i>Respons. direttore struttura</i>	Relazione in cui si attesta che ci si è attenuti alla procedura.
--	--	-----	------	---------------------------------------	------------------------------	--	--	---	---

**Azienda Socio Sanitaria Figure 5
La Spezia
Ufficio Prevenzione della corruzione e trasparenza**

Via Fazio,30 19121 La Spezia

**VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
SSD MALATTIE ENDOCRINE E METABOLICHE**

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
prescrizione protesica	favorire alcune ditte	3,3	1,75	5,7 alto	ult	commissione protesica		respons.ssd cad	verifica e relazione semestrale dei fornitori
lista d'attesa	favorire alcuni pazienti	2,0	2,25	4,5 medio	deter.an ac n.12/2015	verifica campione sulla cartella diabetologica informatizzata		respons.ssd cad	verifica campione e relazione semestrale
prescrizione farmaceutica	favorire alcune ditte	2,5	1,5	3,75 basso	ult	verifica report prescrizioni del servizio farmaceutico ed eventuale audit interno		respons.ssd cad	relazione semestrale

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
S.C.URP ATTIVITA' AMMINISTRATIVE OSPEDALE/TERRITORIO
Gestione CUP/PUA

SCHEDA 4

procedimento	descrizione rischi	valore e probabilita'	valore e impatto.	valore compless. rischio e grado	area pna o ulteriori	misure di prevenzione da attuare	tempistica di attuazione misure di prevenzione	responsabile misure prevenz.	indicatori per monitoraggio e tempistica monitoraggio
gestione anagrafica	possibili interferenze o condizionamento nella scelta di un determinato medico di famiglia. possibile abuso valutazione requisiti iscrizione al fine di	2,16	1,75	3,78 medio	ulter.	già esistenti: gestione anagrafica sanitaria attraverso sistemi informatizzati (parifica comunale) collegati con anagrafe comuni e mef. gestione delle anomalie segnalate da liguria digitale con conseguente individuazione casi afferenti ad iscrizioni non corrette. controlli mirati a seguito di segnalazioni.		direttori distretti - direttore s.c.	monitoraggio semestrale e relazione su eventuali anomalie riscontrate ed ulteriori controlli che
esenzione ticket	indebito riconoscimento del diritto all'esenzione pagamento ticket	2,33	1,75	4,07 medio	pnad	già esistente: invio completo al mef di tutte le nuove autocertificazioni da reddito presentate-gestione dei controlli mef con conseguente recupero ticket relativo a utenti non aventi diritto. controlli mirati a seguito di segnalazioni. da attuare: implementazione procedura controllo trimestrale a campione su documentazione archiviata presso i distretti relativa alle nuove esenzioni rilasciate		direttori distretti - direttore s.c	controllo trimestrale del 10% delle pratiche, relazione semestrale su eventuali anomalie riscontrate ed ulteriori controlli che conseguentemente dovessero rilevarsi necessari

rilascio autorizzazione autoambulanza	indebito rilascio autorizzazioni per trasporto infermi	2,83	1,50	4,24 medio	ulter	Implementazione procedura concordata con direttori distretto/medi funzionari per controllo incrociato distrettuale - controlli mirati a seguito di segnalazioni		direttori distretti direttore s.c.	monitoraggio semestrale e relazione su eventuali anomalie riscontrate ed ulteriori controlli che conseguentemente
contributi/rimborsi vari	abuso nell'erogazione del contributo per favorire determinati soggetti omettendo volutamente documenti	2,16	1,25	2,70 basso	ulter	già esistenti - linee guida regionali - ;verifica requisiti, validazione e liquidazione dietro autorizzazione del direttore - controlli mirati a seguito di segnalazioni		direttori distretti direttore s.c..	monitoraggio semestrale e relazione su eventuali anomalie riscontrate ed ulteriori controlli che conseguentemente
cure estero	abuso nell'adozione di provvedimenti di accesso cure estero al fine di favorire particolari soggetti	2,50	1,50	3,75 basso	ulter	già esistenti - gestione informatizzata attraverso sistema in rete con regione e ministero salute - validazione semestrale autorizzazioni cure estero assistenza diretta - controlli mirati a seguito di segnalazioni		direttori distretti direttore s.c..	relazione semestrale su eventuali anomalie riscontrate ed ulteriori controlli che conseguentemente
prenotazione prestazioni specialistica ambulatoriale incasso ticket	1) abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di favorire particolari soggetti (mancato rispetto priorità assegnata dal prescritto re)	1,66	3	4,98 medio	ulter	già esistenti prenotazione: collaborazione uffici controllo erogato al fine di segnalare anomalie sulle prenotazioni in caso di evidenza mancato rispetto priorità assegnata dal prescritto re incasso: - controllo mensile giornale cassa e incrocio dati tra contabilità pagamenti ticket incassati e contabilità relativi ad accrediti bancari di ciascuna sede sia interna c e esterna (farmacie) - controllo puntuale su tutti i rimborsi virtuali risultanti		direttori distretti direttore s.c..	monitoraggio semestrale e relazione su eventuali anomalie riscontrate ed ulteriori controlli che conseguentemente dovessero rilevarsi necessari

Al Piano per la Prevenzione della Corruzione

Aggiornamento Annuale

2025-2027

REGISTRO RISCHI

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

S.C. SPDC

S.C. ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTUALE N.17-19

S.S.D. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

S.C. ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTUALE N.18

S.S.D.NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
S.C. SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI CURA

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	VALORE PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Certificazioni sanitarie attestanti il possesso dei requisiti per poter usufruire di benefici economici (ad es. pensioni di invalidità)	Produzione di certificati con falso ideologico attestanti false malattie o falsi aggravamenti					Controlli a campione sulla attività certificativa prodotta e sulla corrispondenza al vero di quanto in essa attestata da parte del Direttore della S.C. o SSD		Direttore SC S.P.D.C.	Verifica di organi sanitari esterni, con competenze medico legali.(ad es. commissioni INPS o commissioni ASL di invalidità civile)
Inserimento pazienti in carico alla S.C. o alla SSD in strutture terapeutico riabilitative residenziali pubbliche o private accreditate	Inserimento dei pazienti senza il rispetto delle liste di attesa favorendo specifici pazienti rispetto ad altri					Valutazione degli inserimenti da parte di apposita commissione ASL che valuti le esigenze cliniche riabilitative e disponga priorità di ingressi utilizzando criteri trasparenti e condivisi alla base di liste di attesa		Direttore SC S.P.D.C.	Applicazione liste di inserimento. Verbali delle riunioni della commissione
Prescrizione e somministrazione terapia farmacologica	Scelta dei farmaci condizionata da aziende farmaceutiche, secondo criteri non scientifici					Verifica di anomalie prescrittive da parte del servizio farmaceutico		Direttore SC S.P.D.C.	Report trimestrali delle prescrizioni dei dirigenti medici

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
S.C.ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTO 17-19

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	VALORE PROBABIL	IMPATTO	GRADO RISCHIO	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Certificazioni sanitarie attestanti il possesso dei requisiti per poter usufruire di benefici economici (ad es. pensioni di invalidità)	Produzione di Certificazioni confalsole ideologico attestanti false malattie ofalsi aggravamenti	2,8	1,75	4,55 MEDIO	PNA o	Controlli a campione sulla attività certificativo prodotta e sulla corrispondenza al vero di quanto in essa attestato da parte del Direttore della S.C o sso		DIRETTORE S.C. ASSISTENZA PSCHIATRICA DISTRETTO 17-19	Verifica di organi sanitari esterni, con competenze medico legali. (ad es. commissioni INPS o commissioni ASI
Inserimento pazienti in carico alla S.C. o alla S.S.D. in strutture terapeutico riabilitative residenziali pubbliche o private accreditate	Inserimento dei pazienti senza il rispetto delle liste di attesa favorendo specifici pazienti rispetto ad altri	2,2	1,2	2,64 BASSO	ULT	Valutazione degli inserimenti da parte di apposita commissione ASL che valuti le esigenze cliniche riabilitative e disponga priorità di ingressi utilizzando criteri trasparenti e condivisi alla base di liste di attesa		DIRETTORE S.C. ASSISTENZA PSCHIATRICA DISTRETTO 17-19	Applicazione liste di inserimento. Verbali delle riunioni della commissione
Prescrizione e somministrazione terapia farmacologica	Scelta di farmaci condizionata da aziende farmaceutiche, secondo criteri non scientifici	2,5	1,5	3,75 BASSO	ULT	Verifica di anomalie prescrittive da parte del Servizio Farmaceutico		DIRETTORE S.C. ASSISTENZA PSCHIATRICA DISTRETTO 17-19	Report trimestrali delle prescrizioni dei Dirigenti Medici.

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
SSD STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI RESIDENZIALI

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	VALORE PROBABIL	IMPATTO	GRADO RISCHIO	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Certificazioni sanitarie attestanti il possesso dei requisiti per poter usufruire di benefici economici (ad es. pensioni di invalidità)	Produzione di certificati con falso ideologico attestanti false malattie o falsi aggravamenti	2,8	1,75	4,55 MEDIO	PNA	Controlli a campione sulla attività certificativa prodotta e sulla corrispondenza al vero di quanto in essa attestata da parte del Direttore della S.C. o SSD		RESPONSABILITÀ E SSD STRUTTURA RESIDENZIALE E SEMI RESIDENZIALE	Verifica di organi sanitari esterni, con competenze medico legali. (ad es. commissioni INPS o commissioni ASI)
Inserimento pazienti in carico alla S.C. o alla S.S.D. in strutture terapeutico riabilitative residenziali pubbliche o private accreditate	Inserimento dei pazienti senza il rispetto delle liste di attesa favorendo specifici pazienti rispetto ad altri	2,2	1,2	2,64 BASSO	ULT	Valutazione degli inserimenti da parte di apposita commissione ASL che valuti le esigenze cliniche riabilitative e disponga priorità di ingressi utilizzando criteri trasparenti e condivisi alla base di liste di attesa		RESPONSABILITÀ E SSD STRUTTURA RESIDENZIALE E SEMI RESIDENZIALE	Applicazione liste di inserimento. Verbali delle riunioni della commissione
Prescrizione e somministrazione terapia farmacologica	Scelta dei farmaci condizionata da aziende farmaceutiche, secondo criteri non scientifici	2,5	1,5	3,75 BASSO	ULT	Verifica di anomalie prescrittive da parte del servizio farmaceutico		RESPONSABILITÀ E SSD STRUTTURA RESIDENZIALE E SEMI	Report trimestrali delle prescrizioni dei Dirigenti Medici.

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
S.C. ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTO 18

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	VALORE PROBABIL	IMPATTO	GRADO RISCHIO	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Certificazioni sanitarie attestanti il possesso dei requisiti per poter usufruire di benefici economici (ad es. pensioni di invalidità)	Produzione di certificati con falso ideologico attestanti false malattie o falsi aggravamenti	2,8	1,75	4,55 MEDIO	PNA 	Controlli a campione sulla attività certificativa prodotta e sulla corrispondenza al vero di quanto in essa attestata da parte del Direttore della S.C. o SSD		DIRETTORE S.C. ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTO 18	Verifica di organi sanitari esterni, con competenze medico legali. (ad es. commissioni INPS o commissioni ASI
Inserimento pazienti in carico alla S.C. o alla S.S.D. in strutture terapeutico riabilitative residenziali pubbliche o private accreditate	Inserimento dei pazienti senza il rispetto delle liste di attesa favorendo specifici pazienti rispetto ad altri	2,2	1,2	2,64 BASSO	ULT 	Valutazione degli inserimenti da parte di apposita commissione ASL che valuti le esigenze cliniche riabilitative e disponga priorità di ingressi utilizzando criteri trasparenti e condivisi alla base di liste di attesa		DIRETTORE S.C. ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTO 18	Applicazione liste di inserimento. Verbalì delle riunioni della commissione
Prescrizione e somministrazione terapia farmacologica	Scelta dei farmaci condizionata da aziende farmaceutiche, secondo criteri non scientifici	2,5	1,5	3,75 BASSO	ULT	Verifica di anomalie prescrittive da parte del servizio farmaceutico		DIRETTORE S.C. ASSISTENZA PSICHIATRICA DISTRETTO 18	Report trimestrali delle prescrizioni dei Dirigenti Medici.

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE
S.S.D. NEUROPSCHIATRIA INFANTILE

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	VALORE PROBABIL	IMPATTO	GRADO RISCHIO	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
prescrizione ausili protesici	favorire una ditta rispetto ad un'altra	3,3	1,75	5,7 alto	ul t	forniture secondo gara validazione ausili speciali da parte di commissione apposita aziendale o regionale regolamenti e procedure		direttore neuropsichiatria infantile e resp. riabilit.protesica	report validazioni da parte delle commissioni e verifica semestrale
criteri per i trattamenti riabilitativi liste attese per accesso ai trattamenti ambulatoriali	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 medio	det. anac 12/ 2015	criteri d'accesso e interventi riabilitativi stabiliti all'unanimità da tutte le npi della regione (criteri unici regionali comprese le priorità d'accesso. valutazione congiunta dall'equipe di lavoro lista di attesa su disco di rete informazione al cittadino sulla posizione della graduatoria		direttore neuropsichiatria infantile	istruzioni operative della npi. procedure regionali per i trattamenti riabilitativi, liste attese per trattamenti riabilitativi, verifica semestrale del progetto

inserimento strutture	favorire l'inserimento di un minore rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 medio	deter. anac n.12/2015	ogni inserimento è deciso da una commissione multidisciplinare (équipe integrata minori,uvm)		direttore neuropsch iatria infantile e direttore	verbale dell'équipe integrata, uvm
prescrizione e somministrazione terapia farmacologica	scelta farmaci condizionata da aziende farmaceutiche secondo criteri non scientifici	2,5	1,5	3,75 medio	ulter.	verifica di anomalie prescrittive da parte del servizio farmaceutico, somministrazione dei farmaci da parte farmacia ospedaliera, le prescrizioni riguardano quasi esclusivamente il principio attivo		direttore neuropsch iatria infantile	relazione trimestrale del serv. farmac. su eventuali ricette non ospedaliere (in caso di chiusura farmacia ospedale)
accesso ai trattamenti riabilitativi domiciliari	favorire un cittadino nell'accesso al trattamento rispetto ad un altro	2,0	2,25	4,5 medio	deter. anac n.12/2015	accessi riabilitativi erogati su indicazione del npi o del fisiatra a seguito di valutazione. validazione da parte dell'équipe integrata /uvm		direttore neuropsch iatria infantile	verbale dell'équipe integrata, uvm
accesso a benefici economici (dote di cura)	favorire un cittadino nell'accesso al beneficio rispetto ad un altro o concederlo a chi non ne abbia diritto	2,8	1,75	5,55 medio	pna	criteri d'accesso unici regionali/nazionali, valutazione congiunta sosiosanitaria in équipe integrata, valutazione successiva unità distrettuale garante dell'appropriatezza dell'erogazione del beneficio,aggravamenti e rivalutazioni solo previa certificazione o relazione sociale		responsabili équipe integrata e direttori sociosanitari distretto	verbale dell'équipe integrata, uvm

Al Piano per la Prevenzione della Corruzione

Aggiornamento Annuale

2025-2027

REGISTRO RISCHI

DIPARTIMENTO PREVENZIONE

S.C. IGIENE PUBBLICA

SSD MEDICINA LEGALE

SSD EPIDEMIOLOGIA

S.C. SANITA' ANIMALE

S.C. I.A.O.A.

S.C. I.A.N.

S.C. PSAL

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Pratiche per inconvenienti igienici	Abuso nel rilascio di nulla-osta igienico-sanitario in cui il pubblico ufficio ha competenze e/o funzioni esclusive o preminenti di controllo	2,8	1,75	4,55 MEDIO	ULT.	Norme di legge e regolamenti, esame collegiale delle pratiche, espletamento congiunto della pratica da almeno due operatori, utilizzo di verbali precostituiti, tracciabilità, eventuale controllo Direttore S.C. del parere in uscita		Dirigente medico e Direttore S.C.	Relazione monitoraggio semestrale a RPCT
Valutazione igienico sanitaria manufatti in amianto, valutazioni analitiche dello stato di consistenza ed eventuali provvedimenti conseguenti	Abuso nel rilascio di nulla-osta igienico-sanitario in cui il pubblico ufficio ha competenze e/o funzioni esclusive o preminenti di controllo	2,8	1,75	4,55 MEDIO	ULT.	Norme di legge e regolamenti, esame collegiale delle pratiche, espletamento congiunto della pratica da almeno due operatori, utilizzo di verbali precostituiti, tracciabilità, eventuale controllo Direttore S.C. del parere in uscita		Dirigente medico e Direttore S.C.	Relazione monitoraggio semestrale a RPCT
Pareri per scia inizio attività con correlate problematiche di settore	Abuso nel rilascio di nulla-osta igienico-sanitario in cui il pubblico ufficio ha competenze e/o funzioni esclusive o preminenti di controllo	2,8	1,7	4,55 MEDIO	PNA/C	Norme di legge e regolamenti, esame collegiale delle pratiche, espletamento congiunto della pratica da almeno due operatori, utilizzo di verbali precostituiti, tracciabilità, eventuale controllo Direttore S.C. del parere in uscita		Dirigente medico e Direttore S.C.	Relazione monitoraggio semestrale a RPCT

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE:SC IGIENE E SANITA' PUBBLICA

SS ATTIVITA' DISTRETTUALI,STRUTTURE RICETTIVE, BALNEAZIONE,RISTORAZIONE SCOLASTICA

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Parere igienico-sanitario relativo a locali/attrezzature per le seguenti attività: strutture turistico-ricettive e balneari, attività artigianali alla persona(estetisti, parrucchieri,tatuatori, pirciers), impianti sportivi e/o ludici, ricreativi	Abuso nel rilascio di nulla-osta igienico-sanitario in cui il pubblico ufficio ha competenza e/o funzioni esclusive o preminenti di controllo finalizzate all'accertamento del possesso dei requisiti per l'espletamento dell'attività di specie	2,8	1,75	4,55 MEDIO	PNA/C	Norme di legge e regolamenti, regionali,comunali. Esame collegiale alle pratiche. Assegnazione a n.2 operatori. Utilizzo di verbali precostituiti (check-list). Tracciabilità. Controllo crociato parere in uscita (Direttore SC e resp.SS)		Resp.di SS e Direttore S.C.	Relazione monitoraggio semestrale a RPCT
Parere igienico-sanitario per autorizzazione servizi socio educativi prima infanzia approvazione tabelle dietetiche e menù	Abuso nel rilascio di nulla-osta igienico-sanitario in cui il pubblico ufficio ha competenza e/o funzioni esclusive o preminenti di controllo finalizzate all'accertamento del possesso dei requisiti per l'autorizzazione al funzionamento del servizio	2,8	1,75	4,55 MEDIO	PNA/C	Norme di legge e regolamenti, regionali. Esame collegiale alle pratiche. Sopralluogo congiunto n.2 operatori. Utilizzo di verbali precostituiti (check-list). Tracciabilità. Controllo crociato parere in uscita (Direttore SC e resp.SS)		Resp.di SS e Direttore S.C.	Relazione monitoraggio semestrale a RPCT

Vigilanza e campionamento su: impianti natatori su impianti idrici a seguito di notifica di legionellosi	Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario dei controlli il sottrarsi ai medesimi e/o alle loro conseguenze negative (es.preavvertire il destinatario, alterare i campioni d'analisi)	2,8	1,75	4,55 MEDIO	Deter. ANAC 12/15	Normative nazionali e regionali del settore. Svolgimento della vigilanza in compresenza di n.2 operatori. Utilizzo di verbali precostituiti. Firma congiunta dei verbali di campionamento. Tracciabilità. Controllo crociato con ARPAL di campioni e referti. Controllo crociato in uscita (Direttore SC e Resp. SS) ev.provvedimenti /prescrizioni		Resp.di SS e Direttore S.C.	Relazione monitoraggio semestrale a RPCT
Parere igienico-sanitario preventivo per apertura e/o accreditamento scuole dell'infanzia, scuole primarie, enti/ scuole di formazione	Abuso di rilascio di nulla-osta igienico-sanitario in cui il pubblico ufficio ha competenze e/o funzioni esclusive o preminenti di controllo finalizzate all'accertamento del possesso di requisiti per l'accreditamento per attività didattica/formativa	2,8	1,75	4,55 MEDIO		Norme di legge. Esame collegiale delle pratiche. Assegnazione n.2 operatori. Utilizzo di verbali precostituiti (check-list). Tracciabilità. Controllo crociato in uscita (Direttore SC e Resp. SS).		Resp.di SS e Direttore S.C.	Relazione monitoraggio semestrale a RPCT
Vigilanza igienico-sanitaria di settore strutture /impianti elencati ai punti precedenti	Omissioni o irregolarità nell'attività di vigilanza al fine di ottenere per sé o procurare ad altri indebiti vantaggi	2,8	1,75	4,55 MEDIO		Norma di legge e/o regolamenti vigenti del settore. Assegnazione n. 2 operatori. Utilizzo di verbali precostituiti (check-list). Tracciabilità. Esame collegiale degli esiti e discussione dei provvedimenti da adottarsi qualora necessari (TT.PP.,delegati,coordinatore, Resp.SS, Direttore SC). Controllo crociato in uscita (Direttore SC e Resp. SS). ev.provvedimenti /prescrizioni		Resp.di SS e Direttore S.C.	Relazione monitoraggio semestrale a RPCT

**Azienda Sociosanitaria Ligure 5
La Spezia
Ufficio Prevenzione della corruzione e trasparenza**

Via Fazio,30 19121 La Spezia

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE:IGIENE E SANITA' PUBBLICA

1) visite per il rilascio idoneità fisica per volontari antincendio boschivo e dipendenti trasporto pubblico

2) attività certificativa ambulatoriale in regime monocratico

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Visite per il rilascio di idoneità per i volontari addetti al servizio antincendio boschivo e dipendenti trasporto pubblico	Abuso nel rilascio dell'idoneità fisica per i volontari addetti al servizio antincendio boschivo e dipendenti trasporto pubblico ambito in cui il sanitario/ufficio ha competenze e/O funzioni esclusive di controllo finalizzata all'accertamento del possesso dei requisiti psicofisici per l'espletamento dell'attività specifica	2,3	1,25	3,55 basso		Leggi nazionali e regionali. Valutazione clinica supportata da indagini diagnostiche strumentali. Utilizzo di modulistica predefinita. Tracciabilità.		Specialista ambulatoriale	Relazione/monitoraggio Semestrale a RPCT
Attività certificativa ambulatoriale: idoneità/detenzioni armi. Guida veicoli a motore e natanti. Visite per sana e robusta costituzione per rilascio pass auto per invalidi (CUDE)	Abuso nel rilascio dell'idoneità psico-fisica in cui il sanitario /ufficio ha competenze e/o funzioni esclusive di controllo finalizzata all'accertamento del possesso dei requisiti previsti dalla normativa di settore	2,3	1,25	3,55 basso		Leggi nazionali. Valutazione clinica supportata da documentazione sanitaria aggiuntiva dove prevista. Utilizzo di modulistica predefinita. Tracciabilità.		Specialista ambulatoriale	Relazione/monitoraggio Semestrale a RPCT

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE:IGIENE E SANITA' PUBBLICA
SS MEDICINA SPORTIVA E ACQUE POTABILI

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Controllisu Strutture sanitarie socio sanitarie e sociali di ospitalità collettiva, strutture veterinarie, ambulanze, unità di trasporto sangue e sedi fisse	Omettere di assumere gli atti sanzionatori e dispositivi dovuti a seguito delle violazioni riscontrate o eccedere in fiscalità Omettere di inserire una azienda fra quelle da verificare secondo la frequenza stabilita dalla normativa vigente Comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori Mancanza di trasparenza	2,83	2	5,66 rischio ALTO	DET. ANAC 12/15	Attene rsi alle procedure e istruzioni operative standardizzate elaborate in sede aziendale o mutate dalla normativa regionale. Regolamento della attività della Commissione Sanitaria ai sensi della legge 20/99 Calendarizzare le verifiche obbligatorie secondo la frequenza definita dalle direttive regionali; programmazione che indichi con trasparenza le modalità di scelta delle attività da sottoporre a controllo Controlli mirati a seguito di segnalazioni Rispetto delle norme di leggi e regolamenti Procedure informatizzate Esame collegiale delle pratiche Informatizzazione sul l'anagrafe sanitaria regionale (GAS) relativamente ai procedimenti chiusi o ancora aperti		Responsabile S.S.	RELAZIONE SEMESTRALE a RPCT

	Prestazioni Difformi Od Omesse Per Presenza Di Conflitti Di Interesse. Favorire Percorsi Preferenziali Nei Tempi. Valutazioni Difformi Su Sollecitazioni Esterne					Pubblicazione sulla home page aziendale delle procedure e relativi tempi di attuazione. Dichiarazione all'inizio del procedimento autorizzativo, firmata da tutti i componenti, della assenza dei conflitti di interesse oppure mappatura annuale dei conflitti di interesse (sia le incompatibilità che le inopportunità) con sottoscrizione annuale per ogni membro del documento relativo. Applicazione del regolamento aziendale sulle incompatibilità. Verifica tempi di istruttoria. Utilizzo nei controlli di check list supervisionate dal dirigente preposto. Controlli mirati su segnalazioni /eventi sentinella.		SCHEDA 4	
Medicina sportiva	Mancanza di trasparenza	1,83	1,75	3,25 basso	Ult	Procedura interna relativamente alle modalità di espletamento della visita. Pubblicazione sulla home page aziendale.		Responsabile SS	Relazione semestrale a RPCT
Controlli su Farmacie Parafarmacie e magazzini farmaceutici	Comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori. Mancanza di trasparenza. Prestazioni difformi od omesse per presenza di conflitti di interesse Favorire percorsi	2,5	1,5	3,75 basso	DET.A NAC 12/15	Controlli mirati a seguito di segnalazioni. Rispetto delle norme di leggi e regolamenti. Procedure informatizzate. Esame collegiale delle pratiche. Utilizzo nei controlli di check list. Procedura interna relativamente alle modalità di espletamento della pratica. Pubblicazione sulla home page aziendale. Dichiarazione all'inizio, firmata da tutti i componenti, della assenza di conflitti di interesse. Verifica dei tempi di istruttoria.		Responsabile SS	Relazione semestrale a RPCT

Controlli acque potabili	Omettere di inserire punti di captazione fra quelli da verificare secondo la frequenza stabilita dalla normativa vigente. Comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori. Mancanza di trasparenza. Prestazioni difformi od omesse per presenza di conflitti di interesse. Favore percorsi preferenziali nei tempi. Valutazioni difformi su sollecitazioni esterne.	2,5	1,5	3,75 basso	DET.A NAC 12/15	Programmazione e Calendarizzazione della attività di prelievo, approvata e firmata dal Responsabile di Procedimento, verifiche interne. Controlli mirati a seguito di segnalazioni. Rispetto delle norme di leggi e regolamenti. Procedure informatizzate. Procedura interna relativamente alle modalità di espletamento delle pratiche. Pubblicazione sulla home page aziendale. Controlli mirati su segnalazioni.		Responsabile SS	Relazione semestrale a RPCT
--------------------------	---	-----	-----	------------	-----------------------	--	--	-----------------	-----------------------------

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SSD MEDICINA LEGALE

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Pratiche per riconoscimento Invalidità civile/handicap/disabilità	Riconoscimento diritti econ e giuridici legati all'invalidità senza necessari requisiti per carente verifica document.medica al fine di elargire favoritismi	23	15	3,45 BASSO	PNA/ C e O	-Rotazione componenti commissioni -Giudizi espressi da organo collegiale -Componenti appartenenti ad amministrazioni diverse -Controllo da parte di altri enti (INPS...) -Informatizzazione dei processi		Respons. SSD Medie. legale	Relazione SEMESTRALE a RPCT con report delle attività e controlli svolti
Pratiche per rilascio patenti speciali	Riconoscimento diritti senza necessari requisiti per carente verifica document.medica al fine di elargire favoritismi	23	10	23 BASSO	PNA/ c	-Rotazione componenti commissioni -Giudizi espressi da organo collegiale -Componenti appartenenti ad amministrazioni diverse -Controllo da parte di altri enti (INPS...) -Informatizzazione dei processi		Respons. SSD Medie. legale	Relazione SEMESTRALE a RPCT con report delle attività e controlli svolti
Rilascio Pareri medico- legali	Riconoscimento diritti senza necessari requisiti per carente verifica document.medica al fine di elargire favoritismi	23	10	23 BASSO	ULTER	-Rotazione componenti commissioni -Giudizi espressi da organo collegiale -Componenti appartenenti ad amministrazioni diverse -Controllo da parte di altri enti (INPS...) -Informatizzazione dei processi		Respons. SSD Medie. legale	Relazione SEMESTRALE a RPCT con report delle attività e controlli svolti

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE
SSD EPIDEMIOLOGIA

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Sorveglianza epidemiologica locale	Rischio di pressioni da parte di decisori sanitari e/o politici e/o altri portatori di interesse /es. comitati cittadini, associazioni, ecc..) e di conseguenti possibili "manipolazioni" sui risultati.	2,8	2	5,6 Alto	ulter	Controllo esterno da parte di IRCSS San Martino IST		Responsabile Strutt.	Relazione semestrale al RPCT
						Controllo a campione della correttezza nella registrazione delle diagnosi		Responsabile Strutt.	Relazione semestrale al RPCT

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
S.C. SANITA' ANIMALE

SCHEMA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
registrazione delle aziende di allevamento animali	induzione a favore singoli operatori	2	1	BASSO	ULTER	procedura/normativa		Direttore SC	Presenza procedura
Rilascio dei pareri preventivi su richiesta di soggetti privati (es. per struttura ricovero animali)	induzione a favore singoli operatori	2,2	1,3	basso	PNA c	Visione documenti in uscita da parte del direttore SC		Direttore SC	Presenza visto presa visione direttore SC su tutti i documenti in uscita
Rilascio dei pareri (nulla osta) ai fini dell'ottenimento di autorizzazione sanitaria ad attività di esercizio (toeletatura animali, vendita di animali vivi, allevamento e addestramento)	induzione a favore singoli operatori	2,67	1,75	medio	PNA c	Visione documenti in uscita da parte del direttore SC		Direttore SC	Presenza visto presa visione direttore SC su tutti i documenti in uscita
Rilascio dei pareri (nulla osta) ai fini dell'ottenimento di autorizzazione sanitaria ad attività di esercizio (stalla di sosta per commercio, impianti di masccalia)	induzione a favore singoli operatori	2,67	1,75	medio	PNA c	Visione documenti in uscita da parte del direttore SC		Direttore SC	Presenza visto presa visione direttore SC su tutti i documenti in uscita
Rilascio di pareri relativo all'ambulatorio veterinario, clinica veterinaria, casa di cura veterinaria ospedale veterinario e laboratorio di analisi	induzione a favore singoli operatori	3	1,75	medio	PNA c	Visione documenti in uscita da parte del direttore SC		Direttore SC	Presenza visto presa visione direttore SC su tutti i documenti in uscita
Rilascio dei pareri (nulla osta) relativo all'idoneità igienica delle strutture da adibire all'allevamento di animali da pelliccia e selvaggina	induzione a favore singoli operatori	2,33	1	basso	PNA c	Visione documenti in uscita da parte del direttore SC		Direttore SC	Presenza visto presa visione direttore SC su tutti i documenti in uscita
Rilascio dei pareri per autorizzazione allo svolgimento di fiere, mercati, esposizioni, concentramenti mostre animali	induzione a favore singoli operatori	2,33	1	basso	PNA c	Visione documenti in uscita da parte del direttore SC		Direttore SC	Presenza visto presa visione direttore SC su tutti i documenti in uscita
Rilascio (nulla osta) alla detenzione di animali es offic finalizzato di rilascio dell'autorizzazione sanitaria da parte del Comune di detenzione.	induzione a favore singoli operatori	2,17	1	basso	PNA c	Visione documenti in uscita da parte del direttore SC		Direttore SC	Presenza visto presa visione direttore SC su tutti i documenti in uscita
Rilascio dei pareri (nulla osta) relativo all'idoneità igienica delle strutture da adibire a stazioni di monta pubblica, centri di produzione di sperma e recapiti	induzione a favore singoli operatori	2,33	1,5	basso	PNA c	Visione documenti in uscita da parte del direttore SC		Direttore SC	Presenza visto presa visione direttore SC su tutti i documenti in uscita

Rilascio dei parere (nulla osta) relativo all'idoneità igienica delle strutture da adibire a centri di produzione embrioni	Induzione a favorire singoli operatori	2,33	1,5	basso	PNAC	Visione documenti in uscita da parte del direttore SC		Direttore SC	Presenza visto presa visione direttore SC su tutti i documenti in uscita
Emissione rilascio del passaporto europeo per cani, gatti e furetti	Induzione a favorire singoli operatori	2	1	basso	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Rilascio del certificato sanitario per l'importazione, l'esportazione e di transito di cani a seguito dei viaggiatori	Induzione a favorire singoli operatori	2	1	basso	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Applicazione microchip e/o iscrizione all'anagrafica canina	Induzione a favorire singoli operatori	2	1	basso	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Passaggio di proprietà dei cani	Induzione a favorire singoli operatori	2	1	basso	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Ritiro spoglie animali da affezione	Induzione a favorire singoli operatori	2	1	basso	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Cancellazione da banca dati anagrafe canina per decesso	Induzione a favorire singoli operatori	2	1	basso	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Accertamento sanitario ai fini del rilascio dei certificati inerente i piani nazionali di profilassi per capi o azienda (TBCLBE Brucellosi e altre malattie diffuse degli animali)	Induzione a favorire singoli operatori	2,67	2	medio	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Accertamento dell'idoneità sanitaria dei riproduttori maschi	Induzione a favorire singoli operatori	2,67	2	medio	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Rilascio del certificato attestante l'avvenuto abbattimento di animali infetti	Induzione a favorire singoli operatori	2,17	2	medio	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Rilascio di attestazione per lo spostamento di animali infetti o per lo spostamento di animali fuori della zona infetta	Induzione a favorire singoli operatori	2,17	2	medio	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Rilascio dei certificati inerenti piani nazionali di profilassi della tubercolosi e della leucosi bovina, della brucellosi bovina, ovina e caprina e di altre malattie diffuse degli animali, per ogni singolo certificato	Induzione a favorire singoli operatori	2,33	2	medio	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Rilascio del certificato attestante l'avvenuto controllo sanitario del bestiame in partenza e in arrivo per mezzo di automezzi, ferrovia, natanti ed aeromobili	Induzione a favorire singoli operatori	2,33	2	medio	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA

rilevamento dello stato segnaletico degli equini	Induzione a favorire singoli operatori	1,67	1,25	basso	ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
applicazione di microchip agli equidi	Induzione a favorire singoli operatori	1,67	1,25	basso	ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
visita clinica degli equini, al fine di movimentazione, con rilascio di certificato sanitario	Induzione a favorire singoli operatori	3	1,5	medio	ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
prelievo ematico per cogging's test	Induzione a favorire singoli operatori	3	1,5	medio	ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Prestazioni di sorveglianza veterinaria su concorsi ippici o altre concentrazioni di equini	Induzione a favorire singoli operatori	3	1,5	medio	ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Certificato per movimentazione intracomunitaria (TRACES) ed esportazioni di animali vivi	Induzione a favorire singoli operatori	3	1,5	medio	ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Rilascio del certificato di origine e sanità degli animali avviati all'alpeggio ed alla transumanza o praticanti il pascolo vagante	Induzione a favorire singoli operatori	2,17	1,5	basso	ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Controllo sanitario e successivo rilascio del certificato di origine e sanità per l'esportazione all'estero di sottoprodotti, avanzati e rifiuti di origine animale e di altri materiali ed oggetti atti alla propagazione di malattie infettive degli animali	Induzione a favorire singoli operatori	2,17	1,5	basso	ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Rilascio del certificato attestante l'avvenuto controllo sanitario di animali destinati agli scambi intra ed extra comunitari	Induzione a favorire singoli operatori	2,17	1,5	basso	ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Accertamento dello stato sanitario degli animali importati dall'estero nel corso del periodo di osservazione	Induzione a favorire singoli operatori	2,33	1,5	basso	ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Rilascio certificazione di allevamento ittico indenne (SEV e NEI)	Induzione a favorire singoli operatori	2	1,5	basso	ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA
Rilascio di certificati di sanità per nomadismo apiari	Induzione a favorire singoli operatori	2	1,5	basso	ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	PRESENZA PROCEDURA

Parere per rilascio riconoscimento Impianti ai sensi del reg. CE 1069/2009	Induzione a favorire Singoli operatori	2,67	2	Medio	PNA C	procedura/norma tlva		Direttore SC	presenza procedura
Parere per rilascio riconoscimento Impianti ai sensi del reg. CE 183/05	Induzione a favorire Singoli operatori	2,67	2	Medio	PNA C	procedura/norma tlva		Direttore SC	presenza procedura
Rilascio passa porto bovini	Induzione a favorire Singoli operatori	2,33	2	Medio	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	presenza procedura
Vidimazione di reeistri vari, in conformità alla normativa vigente, con espressa esclusione dei registri relativi alla D.P.R. 317/96 (registri di	Induzione a favorire Singoli operatori	2,33	2	Medio	ULTERIORE	procedura/normativa		Direttore SC	presenza procedura
Accertamenti sanitari richiesti da privati a fine di rimuovere inconvenienti igienici o di natura similare	Induzione a favorire Singoli operatori	2,33	2	Medio	ULTERIORE	visione documenti In uscita da parte del direttore S.C.		Direttore SC	presenza visto presa visione direttore S.C. su tutti i documenti In uscita
Rilascio autorizzazione Imprese di acquacoltura	Induzione a favorire Singoli operatori	2,33	2	Medio	PNAC	visione documenti In uscita da parte del direttore S.C.		Direttore SC	presenza visto presa visione direttore S.C. su tutti i documenti In uscita
Variazione di autorizzazione per Imprese di acquacoltura	Induzione a favorire Singoli operatori	2,33	2	Medio	PNA C	visione documenti In uscita da parte del direttore S.C.		Direttore SC	presenza visto presa visione direttore S.C. su tutti i documenti In uscita
Rilascio parere per deroghe ex artt.11-12-14 Reg.	Induzione a favorire Singoli operatori	2,33	2	Medio	PNAC	visione documenti In uscita da parte del direttore S.C.		Direttore SC	presenza visto presa visione direttore S.C. su tutti i documenti In uscita
Attività Ispettiva nelle strutture di competenza della	Induzione a favorire Singoli operatori	2,33	2,25	Medio	Det. ANAC n. 12/15	visione documenti In uscita da parte del direttore S.C.		Direttore SC	presenza visto presa visione direttore S.C. su tutti i documenti In uscita
Rilascio autorizzazione sanitaria per trasporto animali vivi tipo 1	Induzione a favorire Singoli operatori	2,17	1,75	Medio	PNAC	procedura/norma tlva		Direttore SC	presenza procedura
Rilascio autorizzazione sanitaria per trasporto animali vivi tipo 2	Induzione a favorire Singoli operatori	2,17	1,75	Medio	PNAC	procedura/normativa		Direttore SC	presenza procedura

Omologazione automezzi per trasporto animali vivi tipo 2	Induzione a favorire Singoli operatori	2	1,75	Basso	PNA C	Procedura/normativa		Direttore SC	Presenza procedura
Registrazione autodichiarazione trasporto animali in conto proprio	Induzione a favorire Singoli operatori	2	1,75	Basso	Ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	Presenza procedura
Registrazione autodichiarazione trasporto equidi registrati in conto proprio	Induzione a favorire Singoli operatori	2	1,75	Basso	Ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	Presenza procedura
Registrazione operatore settore mangimi (O.S.M.)	Induzione a favorire Singoli operatori	2	1,75	Basso	Ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	Presenza procedura
Registrazione attività trasporto sottoprodotti di origine animale	Induzione a favorire Singoli operatori	2	1,75	Basso	Ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	Presenza procedura
Rilascio autorizzazione alla detenzione scorta farmaci c/o strutture veterinarie, veterinari LP, allevamenti DPA e non DPA	Induzione a favorire Singoli operatori	2	1,75	Basso	Ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	Presenza procedura
Controllo sanitario degli animali morsicatori o affetti da sintomatologia riferibile ad infezione rabida	Induzione a favorire Singoli operatori	2,33	1,5	Basso	Ulteriore	Procedura/normativa		Direttore SC	Presenza procedura

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
S.C. I.A.O.A. (Igiene Alimenti di origine animale)

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER.	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Rilascio pareri per riconoscimenti CE e pareri igienico sanitari preventivi	Abuso di potere; valutazioni difformi rispetto alla procedura; discrezionalità; mancanza di trasparenza	2,16	1,5	3,24 (basso)	ULTER.	Adozione e applicazione di procedure e istruzioni operative approvate e codificate; adozione codice etico di Struttura; sottoscrizione del Verbale di CU da parte dell'utente; utilizzazione di modulistica ufficiale standardizzata (check-list regionali); il sopralluogo è affidato ad un dirigente a rotazione; l'iter amministrativo prevede la supervisione del Direttore, che firma il nulla osta da inviare alla Regione		Direttore SC	Documentazione che attesta il rispetto delle procedure; monitoraggio dei tempi di risposta; audit interni di supervisione; RELAZ. Semestr. al RPC
Classificazione e riclassificazione Zone molluscolittora	Abuso di potere; valutazioni difformi rispetto alla procedura; discrezionalità; mancanza di trasparenza	2,16	1,75	3,78 (medio)	ULTER.	Adozione e applicazione di procedure e istruzioni operative approvate e codificate; utilizzazione di modulistica ufficiale standardizzata (verbale di campionamento ministeriale); adozione codice etico di Struttura; campionamenti sono effettuati da un addetto alla presenza di un prelevatore dell'ARPAL, di personale della Capitaneria di Porto e dell'OSA o suo delegato; Procedure interne che prevedono la sottoscrizione dei Verbali dell'OSA/delegato oltre che degli addetti al campionamento; la proposta di classificazione/riclassificazione viene effettuata sulla base dei risultati degli esami di laboratorio e dopo valutazione congiunta in riunione (verbalizzata) di Tavolo tecnico, cui partecipano membri di SICAL, ARPAL, IZS, Sanità animale; l'iter amministrativo prevede responsabilità in carico a più figure (istruttoria in carico al dirigente - proposta di classificazione/riclassificazione in carico al Direttore della Struttura)		Direttore SC	Documentazione che attesta il rispetto delle procedure; monitoraggio dei tempi di risposta; audit interni di supervisione; RELAZ. Semestrale al RPC

Esecuzione controlli ufficiali(ispezioni) e applicazione misure artt. 54 e55 Reg. CE 882/2004	Abuso di potere, valutazioni difformi rispetto alla procedura;discrezionalità;mancanza di trasparenza;mancata o parziale esecuzione dei controlli(omissione d'atti d'ufficio); eccessiva fiscalità nell'esecuzione dei controlli; prestazioni difformi per presenza conflitti di interesse; prestazioni difformi causa continuità e frequenza di rapporti con la stessa utenza	2,16	2,75	5,94 alto	DETER .ANAC n.12/2015	Adozione e applicazione di procedure e istruzioni operative approvate e codificate; utilizzazione di modulistica ufficiale standardizzata; controlli effettuati in coppia o équipe(quando possibile); rotazione personale; dichiarazione assenza di conflitto d'interesse da parte degli addetti al CU; adozione codice etico di Struttura; formazione su obblighi e responsabilità connessi al controllo ufficiale; coinvolgimento delle Associazioni di categoria con tavolo periodico di confronto		Direttore SC	Documentazione che attesta il rispetto delle procedure; audit interni di supervisione con eventuali uso di "ispezioni ombra"; codice etico di struttura; verifiche documentali a campione; evidenza annuale del riesame e valutazione risultanze acquisite negli incontri con le associazioni ; relaz. sem.al RPC
Rilascio certificazioni per esportazione alimenti idoneità al consumo, macellazione, distribuzione alimenti ecc..	Abuso di potere; valutazioni difformi rispetto alla procedura; discrezionalità; mancanza di trasparenza	2,16	1,5	3,24 basso	ULT	Adozione e applicazione di procedure e istruzioni operative approvate e codificate; utilizzazione di modulistica ufficiale standardizzata; controlli effettuati in coppia o équipe(quando possibile); rotazione personale; dichiarazione assenza di conflitto d'interesse da parte degli addetti al CU; adozione codice etico di Struttura;la richiesta viene rivolta alla struttura e assegnata da Direttore ad un dirigente con criteri di rotazione/casualità		Direttore SC	Documentazione che attesta il rispetto delle procedure; monitoraggio dei tempi di risposta; audit interni di supervisione; relaz. sem.al RPC
Gestione esposti	Comportamenti e comunicazione non chiara e percepibile dall'utenza come applicazione non uniforme dei controlli, mancanza di trasparenza; valutazioni difformi rispetto alla procedura; omissioni atti ufficio discrezionalità	2,16	1,0	2,16 basso	ULT	La richiesta viene rivolta alla struttura e assegnata dal Direttore ad un dirigente con criteri di rotazione/casualità; modulo e procedure per richiesta disponibili su sito aziendale; valutazione su procedibilità e gravità fatti segnalati affidata al Direttore di struttura		Direttore SC	Documentazione che attesta il rispetto delle procedure; monitoraggio dei tempi di risposta; audit interni di supervisione; relaz. sem.al RPC
Docenze esterne rivolte a operatori del settore alimentare	Poteniale conflitto d'interesse nello svolgimento delle attività di controllo ufficiale	2,5	1,0	2,5 basso	ULT	Le richieste di docenza vengono rivolte alla struttura e assegnata dal Direttore ad un dirigente con criteri di rotazione/casualità evitando concentrazione di incarichi; attività svolte di norma mediante stipula di convenzioni tra Associazioni di categoria e ASL		Direttore SC	Monitoraggio continuo delle assegnazioni; riesame annuale;relaz.sem.al RPC

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
S.C. I.A.N. (igiene alimenti e nutrizione)

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Notifica di inizio attività di imprese alimentari (escluse quelle che trattano alimenti di origine animale)	Procedura standardizzata a livello nazionale e regionale SUAP , non rispettare procedure per	2,00	2,00	4,00 medio	ULT	Controllo costante sulle pratiche che devono pervenire esclusivamente allo sportello SUAP (Sportello Unico Attività Produttive)		Direttore della SC	Controllo costante da parte dei Responsabili e Relazione semestrale al RPCT
Controllo acque potabili D.LGS. n.31/2001 e successive modifiche	Non rispettare la normativa in materia igienico sanitaria	1,50	2,00	3,50 basso	ULT	Controllo costante secondo la procedura standardizzata in stretta collaborazione con ARPAL		Direttore della SC	Controllo costante da parte dei Responsabili e Relazione semestrale al RPCT
Rilascio di parere preventivo (normativa CE 852/2004) per esercizi pubblici e stabilimenti che trattano alimenti non di origine animale	Abuso di potere/valutazioni difformi rispetto alla procedura, eccesso di discrezionalità, mancanza di trasparenza	1,80	2,30	4,10 medio	ULT	Adozione e applicazione di procedure e istruzioni operative approvate e codificate, sottoscrizione del verbale CU da parte dell'utente, utilizzazione di modulistica ufficiale standardizzata, l'iter amministrativo prevede la supervisione del Direttore		Direttore della SC	Controllo costante da parte dei Responsabili e Relazione semestrale al RPCT

Sorveglianza ed indagine in caso di intossicazioni e tossinfezioni alimentari	Abuso di potere/valutazioni difformi rispetto alla procedura, eccesso di discrezionalità, mancanza di trasparenza	0,50	1,00	1,50 basso	ULT	Rispetto della normativa cogente in materia		Direttore della SC	Controllo costante da parte dei Responsabili e Relazione semestrale al RPCT
Certificazione e rilascio attestato commestibilità dei funghi epigei	Abuso di potere/valutazioni difformi rispetto alla procedura, eccesso di discrezionalità, mancanza di trasparenza	2,16	1,00	2,16 basso	ULT	Adozione e applicazione di procedure e istruzioni operative approvate e codificate; utilizzazione di modulistica ufficiale standardizzata, rotazione del personale		Direttore della SC	Controllo costante da parte dei Responsabili e Relazione semestrale al RPCT
Rilascio certificati per l'esportazione di alimenti	Abuso di potere/valutazioni difformi rispetto alla procedura, eccesso di discrezionalità, mancanza di trasparenza	2,00	2,20	4,20 medio	ULT	Adozione e applicazione di procedure e istruzioni operative approvate e codificate; utilizzazione di modulistica ufficiale standardizzata.		Direttore della SC	Controllo costante da parte dei Responsabili e Relazione semestrale al RPCT
Attività di ispezione – emissione sanzioni	Abuso di potere, valutazioni difformi rispetto alla procedura- omissione attività ufficio- conflitto di interesse	2,60	3,20	5,80 alto	ULT	Adozione e applicazione di procedure e istruzioni operative approvate e codificate; utilizzazione di modulistica ufficiale standardizzata, controlli effettuati in coppia, rotazione del personale		Direttore della SC	Controllo costante da parte dei Responsabili e Relazione semestrale al RPCT

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE
S.C.PSAL

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Attività di vigilanza, controllo e ispezione	Azioni od omissioni volte a consentire al destinatario dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle loro conseguenze negative (es. preavvertire il destinatario; falsificare l'esito dei controlli; sottrarre o alterare i prelievi destinati alle analisi di laboratorio o i relativi esiti).	3	2,5	7,5 Alto	Det. ANAC n. 12/2015	Rotazione del personale addetto attività di vigilanza per interventi ripetuti nelle stesse aziende Sopralluoghi effettuati nelle attività più rilevanti da operatori in coppia Compilazione verbale d'accesso Procedure specifiche codificate secondo il Sistema Qualità.		Direttore SC	Presenza del verbale di accesso firmato Applicazione Procedure Codificate Relaz.SEMESTRALE a RPCT
Autorizzazioni	Rilascio pareri per autorizzazioni previsti dalla normativa di igiene e sicurezza del lavoro	2,8	1,75	4,9 Medio	PNA D	Applicazione procedure per l'emissione di autorizzazioni Check list per la valutazione dei pareri		Direttore SC	Applicazione Procedure codificate Relaz .SEMESTRALE a RPCT
Ricorso ai sensi art. 41 D.Lgs	Interesse di una parte a ottenere la modifica o conferma del giudizio di idoneità del medico	3	1,25	3,75 Basso	ULTER	Individuazione di una commissione di valutazione. In atto e partecipazione di medici di fiducia di ambedue le parti		Direttore SC	Delibera di istituzione della commissione

81/08	competente								Relaz.SEMEST RALE a RPCT
Pareri tecnici	Rilascio pareri su richiesta Amministrazioni comunali (NIP)	3.3	1	3.3 Basso	PNA e	Emissione di pareri in sede di commissione collegiale dipartimentale		Dir Dipartimento	Applicazione Procedura dipartimentale Relaz.SEMEST RALE a RPCT

Al Piano per la Prevenzione della Corruzione

Aggiornamento Annuale

2025-2027

REGISTRO RISCHI

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

S.C. PEDIATRIA

S.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

S.S.D.NEONATOLOGIA

S.S.D. CONSULTORI

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

S.C. PEDIATRIA

SCHEDA 4

***“ Attribuzione all’IRCCS Istituto Giannina Gaslini delle funzioni sanitarie assistenziali in ambito pediatrico e neonatologico in capo alle Aziende Socio Sanitarie Liguri) della L.R. 41/2006 e ss.mm.ii. Provvedimenti attuativi”,
l’avvio operativo ha avuto decorso dal 1/7/2022.***

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	VALORE PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
prescrizione farmaci in degenza, ambulatori e ps	favorire una ditta fornitrice rispetto ad altre	2,20	1,25	3,45 BASSO	ULT	Prescrizione del principio attivo e, per farmaci in fascia A, prescrizione di farmaci a dispensazione della farmacia ospedaliera. Divieto all'uso di campioni omaggio in reparto e negli ambulatori.		Direttore SC Pediatria e SC Farmacia	Monitoraggio dei farmaci prescritti all'esterno su ricettario regionale
prescrizione latti in dimissione dalla patologia neonatale	favorire un'azienda rispetto ad altre	2,00	1,60	3,60 BASSO	ULT	Prescrizione in dimissione, di formula di tipo 1 o di tipo 0 generica senza indicazione di marca e/o nome e solo se necessario, cioè in caso di mancanza di sufficiente latte materno alla dimissione		Direttore SC Pediatria	Verifica: utilizzo in degenza di formule fornite dall'economato dell'ASL in seguito a gara annuale.

Liste d'attesa	Favorire un paziente rispetto ad un altro	2,20	165	3,65 basso	ANAC Det. 12/2015	Prenotazioni accessi ambulatori/esami tramite CUP o tramite agenda interna informatizzata. Ad oggi comunque le liste di attesa hanno tempi contenuti.		<i>Direttore SC Pediatria Coordinatore infermieristico</i>	Monitoraggio accessi non a CUP o non in agenda informatizzata
Rapporti con gli informatori scientifici	Favorire professionisti in cambio di prescrizioni	2,00	140	3,40 basso	Ulteriori	- il rapporto deve essere colto nella sua essenza di informazione - Divieto all'uso di campioni omaggio in reparto e negli ambulatori		<i>Direttore SC Pediatria</i>	Verifica della presenza di campioni omaggio di prodotto
Partecipazione a corsi e/o congressi esterni all'ASL	Favorire aziende in cambio di prescrizioni/acquisti	2,20	160	3,60 basso	Ulteriori	- Programmazione annuale dipartimentale delle attività congressuali - Richiesta informatizzata con necessaria autorizzazione a crescere e autorizzazione dei Direttori di Dipartimento qualora vi siano spese - Previa autorizzazione trasparente della direzione medica qualora vi sia sponsorizzazione		<i>Direttore SC Pediatria Coordinatore infermieristico</i>	Verifica del rispetto della normativa nazionale e della procedura aziendale

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
S.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	VALORE PROBABILITA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
prescrizione farmaci	favorire selettivamente una azienda	2,7	1,8	4,5 MEDIO	ULT	Per i farmaci di classe A utilizzare quanto possibile la distribuzione diretta del farmaco tramite farmacia interna ospedaliera		Direttore SC ostetricia e ginecologia e SC Farmacia	Monitoraggio dei farmaci prescritti all'esterno su ricettario regionale
gestione lista d'attesa procedure chirurgiche	favorire una paziente	2,20	1,20	3,40 BASSO	ANAC Det. 12/20 15	Rischio è contenuto dalla procedura regionale di valutazione della gravità clinica secondo le tre classi di rischio. La lista d'attesa globale ad oggi è comunque limitata		Direttore SC Anestesia e Rinamizione	Intervento chirurgico entro un mese per le classi A

<i>partecipazione a corsi / congressi mediante sponsor</i>	<i>favorire una azienda in cambio di partecipazione a congressi</i>	<i>2,50</i>	<i>3,1</i>	<i>5,60 ALTO</i>	<i>ULT.</i>	<i>Concordare con il direttore a quali congressi partecipare in base alla valenza strategica dei contenuti per l'azienda</i>		<i>Direttore SC ostetricia e ginecologia e Coordinatrice ostetrica</i>	<i>Comunicare maggiore adesione alla procedura aziendale</i>
<i>rapporto con informatori del farmaco</i>	<i>favorire professionisti con premi in cambio di prescrizioni</i>	<i>1,80</i>	<i>1,9</i>	<i>3,70 MEDIO</i>	<i>ULT.</i>	<i>Colloquio con informatori per una condivisione del metodo di informazione</i>		<i>Direttore SC ostetricia e ginecologia</i>	<i>Avvisare gli informatori sulla necessità di concordare con il direttore eventuali iscrizioni a congressi e corsi</i>

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
SSD NEONATOLOGIA

“ Attribuzione all’IRCCS Istituto Giannina Gaslini delle funzioni sanitarie assistenziali in ambito pediatrico e neonatologico in capo alle Aziende Socio Sanitarie Liguri) della L.R. 41/2006 e ss.mm.ii. Provvedimenti attuativi”, l’avvio operativo ha avuto decorso dal 1/7/2022

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	VALORE PROBABILI TA	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
prescrizione farmaci	favorire un’azienda rispetto ad altre	2,20	1,25	3,45 basso	ULT.	Prescrizione del principio attivo per farmaci in fascia A utilizzo di farmaci in dotazione interna dell’ospedale		Responsabile SSD Neonatologia E direttore SC Farmacia	Monitoraggio dei farmaci
prescrizione latti	favorire un’azienda rispetto ad altre	2,00	1,60	3,60 basso	ULT.	Prescrizione di formula di tipo 1 generica senza indicazione di marca e/o nome		Responsabile SSD Neonatologia	Verifica utilizzo di formule dall’economato dell’ASL
liste d’attesa	favorire un paziente rispetto ad altri	2,20	1,65	3,65 basso	ANAC Det. 12/2015	Programmazione degli accessi interni e degli invii dei PLS		Responsabile SSD Neonatologia E Coordinatrice infermieristica	Programmazione degli accessi interni e degli invii dei PLS

rapporti con gli informatori scientifici	favorire professionisti in cambio di prescrizioni	3,00	1,60	4,6 medip I	Ulteriore	Il rapporto puo' essere colto nella sua essenza di informazione		Responsabile SSD Neonatologia	Colloquio con informatori per una condivisione del metodo di informazione
partecipazione a corsi e/o congressi	favorire professionisti in cambio di prescrizioni	2,20	1,60	3,6g basso I I	Ulteriori	Concordare con il responsabile a quali corsi partecipare in base agli		Responsabile SSD Neonatologia	Verifica Adesione alla normativa nazionale e alla procedura aziendale

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
SSD CONSULTORI

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	VALORE PROBABILI TA	IMPATT O	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
<i>prescrizione farmaci</i>	<i>favorire un'azienda rispetto ad altre</i>	2,50	2,00	4,50 medio	ULT.	<i>Registro degli informatori Divieto all'uso di campioni omaggio negli ambulatori</i>		<i>Responsabile SSD Consultori E direttore SC Farmacia</i>	<i>Monitoraggio dei farmaci</i>
<i>liste d'attesa</i>	<i>favorire un paziente rispetto ad un altro</i>	2,00	1,60	3,60 basso	ANAC Det. 12/2015	<i>Programmazione degli accessi ai percorsi consuntoriali</i>		<i>Responsabile SSD Consultori E Coordinatrice infermieristica</i>	<i>Controllo dei report</i>
<i>rapporti con gli informatori farmaceutici</i>	<i>favorire professionisti in cambio di prescrizioni</i>	2,00	1,50	3,50 basso	ULT.	<i>Il rapporto può essere colto nella sua essenza di informazione</i>		<i>Responsabile SSD Consultori</i>	<i>Colloquio con informatori per una condivisione del metodo informativo</i>
<i>partecipazione corsi e/ o congressi</i>	<i>favorire professionisti in cambio di prescrizioni</i>	2,20	1,20	3,40 basso	ULT.	<i>Concordare con il responsabile a quali corsi partecipare in base agli obiettivi strategici</i>			<i>Verifica adesione alla normativa nazionale e alla procedura aziendale</i>