



Piano Integrato di Attività e Organizzazione

2025 - 2027

SOMMARIO

PREMESSA	4
1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
1.1 Il mandato istituzionale e le funzioni dell'Agenzia.....	6
1.2 Il Contesto esterno dell'ATS della Val Padana	7
1.2.1 Caratteristiche socio-demografiche.....	7
1.2.2 Gli Stakeholder.....	12
1.2.3 La rete d'offerta	13
1.2.4 Il contesto economico produttivo.....	20
1.2.5 Territorio e criminalità.....	26
1.3 Il contesto interno	29
2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	36
2.1 Valore Pubblico	36
2.1.1 Mission e Vision.....	36
2.1.2 Gli obiettivi di Valore Pubblico.....	37
2.1.3 Approccio per processi, efficienza, semplificazione e digitalizzazione, sostenibilità.....	54
2.2 Performance	57
2.2.1 La misurazione della performance organizzativa.....	58
2.2.2 La misurazione della performance personale.....	58
2.2.3 Pari opportunità e equilibrio di genere.....	58
2.3 Anticorruzione e trasparenza	61
2.3.1 Gli obiettivi strategici per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	62
2.3.2 Soggetti, ruoli e responsabilità per la prevenzione della corruzione	62
2.3.3 Violazioni delle misure della prevenzione corruzione e responsabilità conseguenti	67
2.3.4 Processo di predisposizione, aggiornamento e il monitoraggio della sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO.....	68
2.3.5 La metodologia di gestione del rischio	69
2.3.6 La trasparenza: programmazione ed attuazione.....	91
3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	95
3.1 Struttura organizzativa.....	95
3.1.1 Organigramma.....	95
3.1.2 Livelli di responsabilità organizzativa.....	95
3.1.3 Ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio.....	96
3.1.4 Altre eventuali specificità del modello organizzativo, nonché gli eventuali interventi e le azioni necessarie per assicurarne la coerenza rispetto agli obiettivi di valore pubblico identificati.....	96
3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	97
3.2.1 Strategia e obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, anche da remoto.. ..	97
3.2.2 Obiettivi all'interno dell'amministrazione, con specifico riferimento ai sistemi di misurazione della performance	98
3.2.3 Contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia	98
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	99
3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente	99
3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane	99
3.3.3 Obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse.....	100
3.3.4 Strategia di copertura del fabbisogno	109
3.4 Formazione del personale	110
3.4.1 Priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale.....	110
3.4.2 Le risorse interne ed esterne disponibili e/o 'attivabili' ai fini delle strategie formative.....	110
3.4.3 Le misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato.....	111
3.4.4 Gli obiettivi e i risultati attesi della formazione.....	111

4	MONITORAGGIO	113
4.1	Monitoraggio interno.....	113
4.1.1	<i>La rilevazione della customer satisfaction.....</i>	<i>114</i>
4.2	Ulteriori strumenti per il monitoraggio degli indicatori di performance e di qualità.....	114
4.2.1	<i>Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali</i>	<i>115</i>
4.2.2	<i>Il Programma Nazionale Esiti (PNE).....</i>	<i>116</i>
ALLEGATI	118	
Allegato 1 – “Semplificazione e digitalizzazione”		119
Allegato 2 – “Gestione dei rischi corruttivi”		126
Allegato 3 – “Trasparenza”		253

PREMESSA

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 6 agosto 2021, n. 113, introduce l'obbligo per le Pubbliche Amministrazioni - tra cui l'ATS della Val Padana - di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, (P.I.A.O.) ovvero un nuovo strumento di pianificazione attraverso cui l'amministrazione programma in forma integrata le proprie attività per che si pone la finalità di *"assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso"*.

L'introduzione di questo nuovo strumento risponde all'esigenza, ulteriormente evidenziata dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.), di "rafforzare la capacità amministrativa" dell'ente al fine di cogliere e sapere concretizzare velocemente le opportunità che il programma Next Generation EU (NGEU) offre al Paese e gli investimenti che ne conseguiranno, nonché di rendere più efficiente – con riduzione di tempi e costi – l'azione della Pubblica Amministrazione e fornire strutturalmente beni e servizi pubblici adeguati alle esigenze di cittadini e imprese.

La programmazione strategica in forma integrata e coordinata, così come introdotta dal P.I.A.O., costituisce pertanto la metodologia attraverso cui l'Amministrazione declina le strategie per il perseguimento dei propri fini istituzionali. Il P.I.A.O. infatti prevede una stretta correlazione, non solo tra vari documenti programmatici espressamente previsti dalla normativa vigente, ma anche con altri strumenti che consentono all'amministrazione il perseguimento dei propri obiettivi, in un'ottica complessiva di semplificazione (procedure, tecnologia, digitalizzazione) e di valorizzazione di capitale umano). In particolare, la norma prevede che il P.I.A.O. debba ricomprendere:

- gli obiettivi programmatici e strategici previsti della Performance (secondo il D.Lgs. n. 150/2009);
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo con riferimento a:
 - gli strumenti per la pianificazione, il reclutamento e la valorizzazione del personale, attraverso il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP), compatibilmente con le risorse finanziarie;
 - strumenti per il ricorso al lavoro agile, così come declinati nel Piano Organizzativo per il Lavoro Agile;
 - gli obiettivi formativi annuali e pluriennali previsti nel Piano di Formazione Aziendale, con particolare riferimento allo sviluppo di competenze finalizzate ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché al conseguimento degli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, anche mediante il ricorso alla tecnologia;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Attraverso il PIAO l'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana declina pertanto le strategie – in forma integrata – per la creazione di Valore Pubblico a beneficio della propria comunità di riferimento.

Il presente documento è stato elaborato in forma coordinata tra i vari responsabili delle sezioni che lo compongono (gruppo di lavoro interdirezionale individuato dalla Direzione), con il coinvolgimento dei dirigenti dell'Agenzia. Ciò, al fine di superare una visione frammentata e settoriale, addivenendo ad una condivisione sempre più forte di metodi, dati, elementi informativi e strumenti di lavoro.

1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Val Padana è stata istituita per effetto della L.R. n. 23/2015 ed è stata costituita dal 1° gennaio 2016 con deliberazione di Giunta Regionale n. X/4470 del 10/12/2015.

L'ATS è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

L'ATS ha sede legale in Via dei Toscani, n. 1 – 46100 Mantova (codice fiscale 02481970206), con sedi territoriali corrispondenti alle disciolte ASL di Cremona e ASL di Mantova, confluite nell'attuale ATS.

Di seguito, si riporta la [scheda anagrafica dell'Agenzia](#), così come censita nella banca dati IPA (Indice dei domicili digitali della Pubblica Amministrazione e dei Gestori di Pubblici Servizi).

Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana			
<i>Ente presente nell'elenco ISTAT delle amministrazioni pubbliche con categoria ISTAT Aziende sanitarie locali dal 01/01/2016.</i>			
Responsabile	Manfredi Stefano		
Titolo Responsabile	Direttore generale		
Sito istituzionale	www.ats-valpadana.it		
Indirizzo	Via Dei Toscani 1 - 46100 Mantova (MN) 		
Cod IPA	astvp	Codice Fiscale	02481970206
Tipologia	Pubbliche Amministrazioni		
Categoria	Aziende Sanitarie Locali		
Natura Giuridica	Azienda o ente del servizio sanitario nazionale		
Attività Ateco	Studi medici specialistici e poliambulatori		
Indirizzo PEC primario	protocollo@pec.ats-valpadana.it - PEC		
Altre e-mail	direzione.generale@ats-valpadana.it - MAIL		
Data Accreditamento	11/01/2016		
Acronimo	ATSVP		

1.1 Il mandato istituzionale e le funzioni dell'Agenzia

Con la Legge regionale 14 dicembre 2021 n. 22, Regione Lombardia ha ridisegnato le funzioni in capo alle Agenzie di Tutela della Salute.

Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie. L'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata. Le ATS garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali. Le ATS stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSSR. In particolare, le ATS devono garantire l'attuazione di un modello di welfare sussidiario e partecipato, anche attraverso il coinvolgimento del Terzo Settore.

In particolare, la norma attribuisce alle ATS le seguenti funzioni:

- analisi della domanda di salute del proprio territorio e dell'adeguatezza dell'offerta;
- negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione;
- garanzia, verifica e controllo della corretta erogazione dei LEA sul territorio di competenza in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;
- governo e diffusione dei programmi di promozione della salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione;
- programmazione, controllo e governo delle attività dei dipartimenti funzionali di prevenzione delle ASST;
- programmazione, coordinamento e svolgimento dell'attività in tema di sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare, sanità animale, zoomonitoraggio ambientale, igiene urbana veterinaria, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene degli alimenti di origine animale, impianti industriali e supporto all'export;
- programmazione e svolgimento delle attività di prevenzione e controllo della salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, igiene e sanità pubblica, salute e ambiente, sicurezza degli alimenti non di origine animale, dei materiali a contatto con gli alimenti e dell'acqua destinata al consumo umano e conseguente svolgimento delle stesse attività di controllo, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;
- attuazione degli indirizzi regionali, governo territoriale e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica;
- vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali;
- coordinamento, per il territorio di competenza, delle politiche di investimento, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale;
- raccolta del fabbisogno di personale per il territorio di competenza e coordinamento, a livello territoriale, delle eventuali procedure aggregate per il relativo reclutamento, ferma restando l'autonomia delle singole strutture nel reclutamento delle figure sanitarie;
- coordinamento e governo dell'attività necessaria per la stesura e sottoscrizione, unitamente alle ASST di riferimento, degli accordi con i MMG e i PLS del territorio di competenza, sentite le rappresentanze degli erogatori privati accreditati.

1.2 Il Contesto esterno dell'ATS della Val Padana

Per un'adeguata comprensione ed interpretazione dei fattori esterni all'Agenzia che possono condizionare le strategie e le decisioni – anche in relazione al verificarsi di fenomeni corruttivi - si è provveduto ad effettuare un'analisi del contesto esterno, al fine di evidenziare le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare. Allo scopo, sono stati considerati sia i fattori legati al territorio di riferimento dell'amministrazione, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni. In particolare, l'analisi del contesto esterno prende in considerazione le caratteristiche socio-demografiche del territorio, le realtà produttive con particolare riferimento al tasso di mortalità delle imprese, l'andamento del mercato del lavoro con particolare riferimento ai dati occupazionali ed altri elementi che caratterizzano il territorio, attraverso l'analisi di indicatori tratti da fonti ufficiali (ISTAT, Camera di Commercio, Unioncamere Lombardia, ecc.)¹ secondo criteri di rilevanza e rappresentatività.

A questi si aggiungono i dati riferiti al tasso di criminalità del territorio; tra le fonti informative più significative, vi sono le relazioni periodiche sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica, presentate al Parlamento dal Ministero dell'Interno e pubblicate sul sito della Camera dei Deputati (Ordine e sicurezza pubblica e D.I.A.) sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia, oltre ad altri studi e documenti ufficiali.

Anche l'organizzazione delle ATS, come ridefinita dall'art. 6, c. 6 della L.R. n. 33/2009 (novellata dalla L.R. 22/2001), è significativa per selezionare gli elementi più rappresentativi del contesto esterno. Ai sensi della norma sopra richiamata, l'ATS della Val Padana è articolata nei seguenti dipartimenti:

- dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria;
- dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale;
- dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali;
- dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali.

Per quanto di rilevanza delle strategie e delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza, le funzioni e le attività tipiche della Agenzia maggiormente impattate dal contesto esterno sono, evidentemente, quelle di vigilanza e controllo, rivolte per la gran parte agli ambiti:

- a) del vasto settore dei soggetti erogatori (autorizzati, accreditati, contrattualizzati) di prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- b) della prevenzione veterinaria e della sicurezza degli alimenti di origine animale;
- c) della prevenzione sanitaria, con particolare riferimento alla vigilanza e controllo per l'igiene pubblica, per la sicurezza dei luoghi di lavoro, per la sicurezza degli alimenti di origine non animale;

cui si aggiungono ulteriori attività di controllo e monitoraggio specifici.

Tali funzioni sono declinate ed analizzate nelle "Schede di Processo" di cui all'Allegato 2 "GESTIONE DEL RISCHIO" sez. "Schede di valutazione del rischio" – parte integrante del presente documento - cui si rimanda.

1.2.1 Caratteristiche socio-demografiche

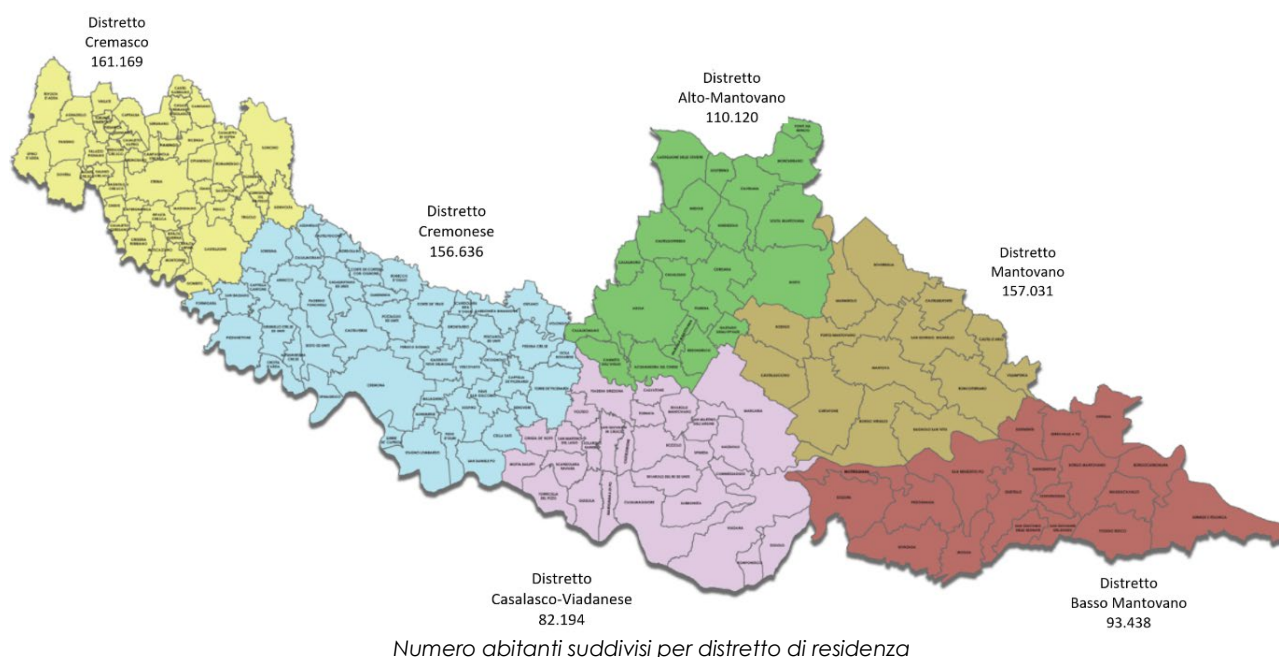
Il territorio di competenza dell'ATS Val Padana – che comprende le province di Cremona e di Mantova – è articolato in Distretti, la cui individuazione è stata ispirata, oltre che alle indicazioni della normativa vigente, anche ai seguenti criteri:

- caratteristiche socio-demografiche territoriali;
- aggregazioni già presenti tra i comuni;
- esperienze di programmazione sociale aggregata in atto o in evoluzione.

¹ Tali elementi sono stati selezionati anche prendendo spunto dal documento "Prevenire la corruzione nella PA regionale: una proposta progettuale per la misurazione dei fenomeni corruttivi" (nov. 2019) prodotto da Polis Lombardia – su mandato della Giunta di Regione Lombardia - allo scopo di supportare gli RPCT nell'analisi del contesto esterno ed interno.

I Distretti sono così rappresentati:

Distretto	N. Comuni	kmq	densità	pop tot	%
Crema	48	573,2	281,2	161.169	21
Cremona	48	867,3	180,6	156.636	21
Casalasco-Viadanese	27	694,3	118,4	82.194	11
Alto Mantovano	21	618,8	178,0	110.120	14
Mantova	14	655,6	239,5	157.031	21
Basso Mantovano	19	702,6	133,0	93.438	12
Totale ATS	177	4.111,8	188,45	760.588	100%

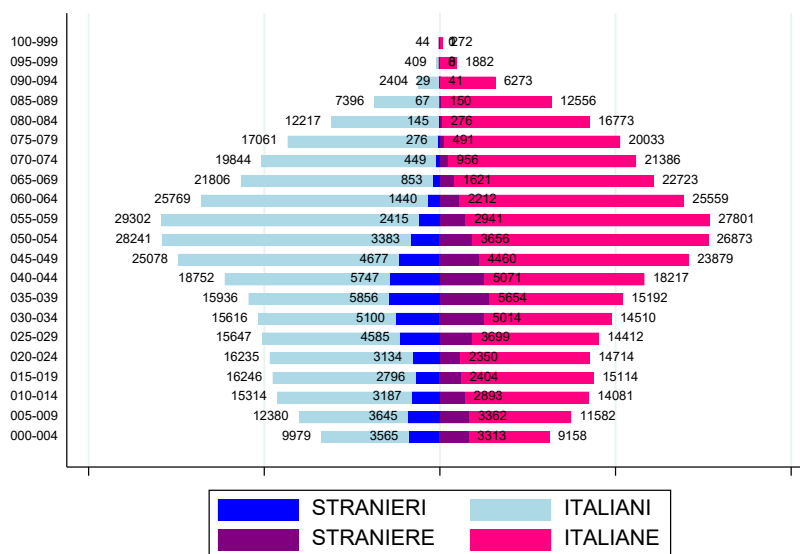


I distretti afferiscono alle ASST che insistono sul territorio dell'ATS della Val Padana e sono stati da questi istituti con i seguenti provvedimenti:

- ASST Crema: Distretto Cremasco, istituito con delibera n. 210 del 29/03/2022;
- ASST Cremona: Distretto Cremonese, istituito con delibera n. 150 del 29/03/2022;
- ASST Mantova: Distretto Alto Mantovano, Distretto Mantovano, Distretto Basso Mantovano, Distretto Casalasco – Viadanese Oglio Po, istituiti con decreto n. 267 del 29/03/2022.

I residenti nelle province di Mantova e Cremona al 01/01/2024 (da fonte ISTAT) sono 760.588, di cui poco più del 50% sono femmine (383.563). La struttura per età della popolazione residente mostra la configurazione classica che si riscontra nei Paesi Occidentali, ovvero una minore rappresentatività della popolazione nelle fasce estreme, a fronte di una maggiore presenza di popolazione nelle fasce centrali.

Se si osservano i dati differenziati per cittadinanza, si nota che la tendenza all'invecchiamento della popolazione italiana è leggermente più marcata rispetto al valore medio. Per quel che concerne la popolazione straniera, si evidenzia come la classe in età lavorativa ed in età feconda sia quella più rappresentata, seguita da quella 0-14, con una lieve "strozzatura" delle classi 15-19 e 20-24. Il pattern della struttura per età testimonia come il fenomeno migratorio nella nostra area sia relativamente recente.



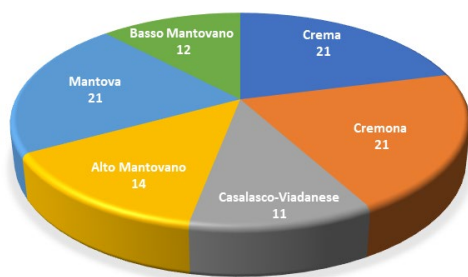
fonte: dati ISTAT al 01/01/2024

Popolazione ATS per genere, fascia d'età e cittadinanza, gennaio 2024

La distribuzione della popolazione residente per distretto mostra due polarizzazioni: i tre distretti più popolosi interessano ciascuno il 21% della popolazione di ATS Val Padana, mentre i tre distretti meno popolosi contengono una percentuale variabile tra l'11 e il 14%.

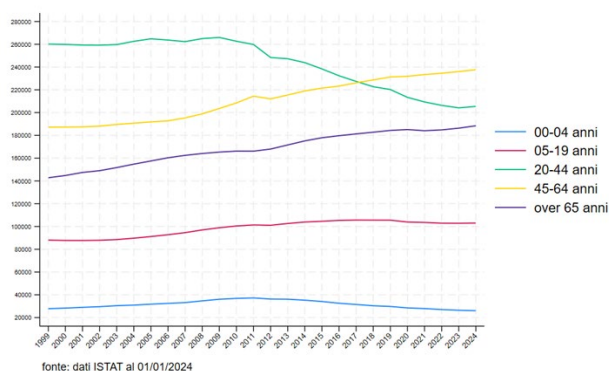
Esaminando l'andamento della popolazione negli anni si nota come, a partire dal 2012, le fasce d'età con un trend in crescita siano essenzialmente quelle più anziane mentre la fascia d'età 20 – 44 anni presenti un deciso calo.

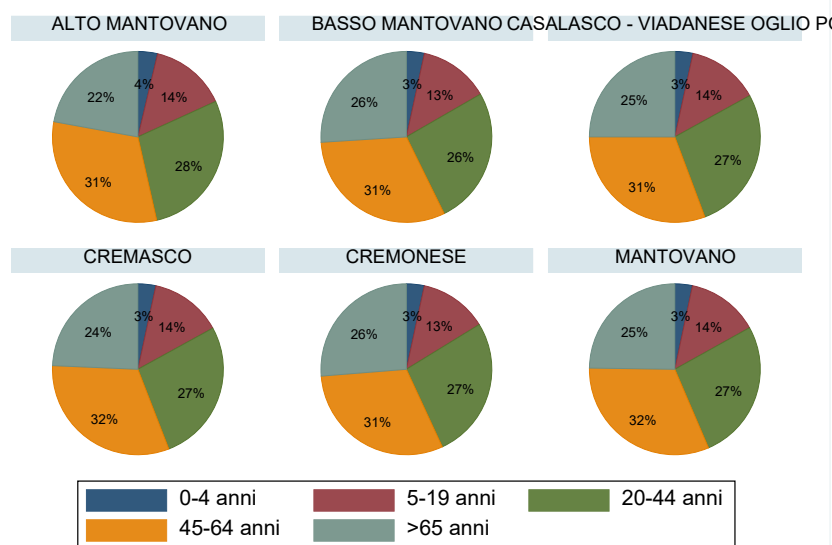
Distribuzione della popolazione per distretto di residenza



Popolazione ATS per distretto di residenza, 01/01/2024 (fonte dati ISTAT)

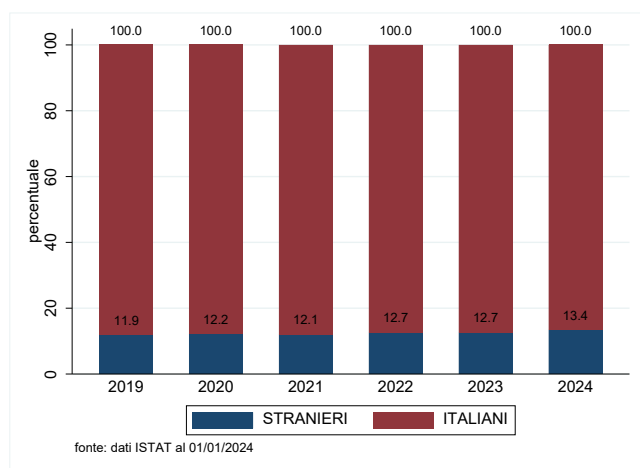
Trend della popolazione per fasce d'età target



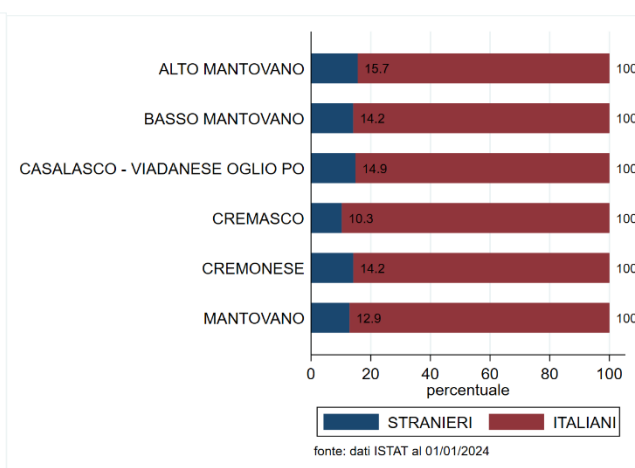


Popolazione ATS per fascia d'età e distretto di residenza, 01/01/2024

I distretti di ATS Val Padana presentano una simile distribuzione delle fasce d'età, anche se la popolazione è leggermente più giovane nell'Alto Mantovano e più anziana nel distretto di Cremona e nel Basso Mantovano. La percentuale della popolazione straniera è aumentata negli anni fino a raggiungere il 13,4% all'inizio del 2024. Il territorio che presenta la maggior quota di stranieri è l'Alto Mantovano, dove circa il 15,7% della popolazione è straniera.



Trend della popolazione straniera



Popolazione straniera, per distretto

La tabella che segue presenta alcuni degli indicatori demografici più rappresentativi della struttura della popolazione confrontati con altri livelli territoriali.

Le province che compongono l'ATS Val Padana hanno una popolazione più anziana e una natalità inferiore alla media lombarda e al resto d'Italia nonché una quota consistente di stranieri residenti, i quali contribuiscono senz'altro a colmare in parte il ricambio generazionale attenuando l'invecchiamento della popolazione.

	DISTRETTO						ATS VAL PADANA	REGIONE LOMBARDIA	ITALIA
	CREMASCO	CREMONESE	CASALASCO - VIADANESE	ALTO MANTOVANO	MANTOVANO	BASSO MANTOVANO			
n° comuni	48	48	27	21	14	19	177	1504	7901
kmq	573,2	867,3	694,3	618,8	655,6	702,6	4111,8	23863,1	302068,3
densità	281,2	180,6	118,4	178,0	239,5	133,0	185,0	419,9	195,3
pop tot	161169	156636	82194	110120	157031	93438	760588	10020528	58989749
pop 0-14 anni	19422	18382	9998	14403	19011	11243	92459	1253944	7184837
pop 65+	39190	41146	20539	24381	38890	24296	188442	2359357	14357928
% pop 65+	24,3	26,3	25,0	22,1	24,8	26,0	24,8	23,5	24,3
indice di vecchiaia	201,8	223,8	205,4	169,3	204,6	216,1	203,8	188,2	199,8
decessi	1639	2013	1014	1171	1868	1264	8969	103244	660600
nati	976	1000	539	782	930	578	4805	65563	379339
indice di natalità	6,1	6,4	6,6	7,1	5,9	6,2	6,3	6,6	6,4
indice di dipendenza	57,2	61,3	59,1	54,4	58,4	61,4	58,6	56,4	57,5
saldo naturale	-663	-1013	-475	-389	-938	-686	-4164	-37681	-281261
crescita naturale	-4,1	-6,5	-5,8	-3,5	-6,0	-7,3	-5,5	-3,8	-4,8
saldo migratorio interno	411	770	221	360	752	252	2766	20098	0
saldo migratorio con l'estero	620	1093	347	466	843	309	3678	61602	273809
saldo della popolazione	368	850	93	437	657	-125	2280	44019	-7452
% stranieri	10,3	14,2	14,9	15,7	12,9	14,2	13,4	12,1	9,0

Principali indicatori demografici. Anno 2023

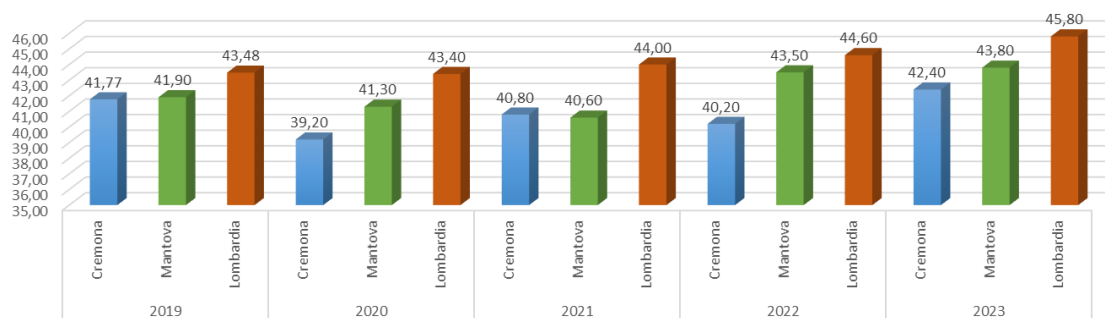
Il dato più recente relativo alla speranza di vita (2022), disponibile solo a livello provinciale, mostra, sia per gli abitanti della provincia di Cremona che per quelli della provincia di Mantova, una speranza di vita inferiore alla Lombardia ma superiore rispetto all'Italia.

	Speranza di vita M	Speranza di vita F
Cremona	80,7	84,8
Mantova	80,7	85,0
Lombardia	80,8	85,4
Italia	80,5	84,8

Fonte dati: ISTAT – 01/2023

Demografia e società: Indicatori di rischio

Percentuale occupazione femminile
(sul totale degli occupati)



Quale elemento positivo, si registra per il 2023 un miglioramento nella percentuale di occupazione della popolazione femminile sia nella provincia di Cremona che nella provincia di Mantova.

1.2.2 Gli Stakeholder

Per una corretta definizione delle strategie ed una adeguata pianificazione delle attività, l'Agenzia ha provveduto ad individuare i propri **Stakeholder**, definendone esigenze ed aspettative.

In generale, gli Stakeholder dell'ATS della Val Padana possono essere riassunti nelle seguenti macro-categorie:

- Cittadini
- Collettività
- Medici di Medicina Generale / Pediatri di Libera Scelta / Medici di Continuità Assistenziale
- Regione Lombardia
- Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità
- Enti locali, territoriali ed istituzionali (Comune, Provincia, Prefettura, Questura, CCIAA, etc,)
- Organi rappresentanti delle Comunità (Sindaci, Presidenti Provincia, ecc,)
- Erogatori sanitari e Sociosanitari
- Strutture sociali
- Organizzazioni Sindacali
- Forze datoriali
- Associazioni di categoria e associazioni sportive
- Aziende e imprese produttive e relativi lavoratori
- Allevatori
- Confederazioni
- Ordini professionali
- Istituzioni Scolastiche di ogni ordine e Grado
- Farmacie e Distributori farmaci
- Soggetti del Terzo Settore
- UNICEF Italia e Comitati Locali
- Procura e Forze dell'Ordine (NAS, Guardia di Finanza, ecc...)
- Associazioni di volontariato
- Associazioni consumatori
- Istituto Zooprofilattico
- Rete Donazione e Trapianti
- Laboratori di Prevenzione delle altre ATS lombarde
- Operatori del SSR
- Organi di informazione
- Organismi di certificazione ed accreditamento
- Fornitori di beni e servizi
- Dipendenti e collaboratori dell'Agenzia

Ogni struttura provvede periodicamente a riesaminare l'elenco dei propri stakeholder, al fine di verificarne l'adeguatezza ed aggiornare esigenze ed aspettative, per verificare la necessità di adeguare il servizio erogato.

In coerenza con la teoria del New Public Governance – che sancisce l'importanza di partire dalle necessità del territorio per impostare la programmazione e le strategie di intervento – la Direzione Strategica attribuisce un valore di assoluta rilevanza alle esigenze ed aspettative degli Stakeholder, rispetto ai quali si pone in posizione di ascolto e adotta politiche di pieno coinvolgimento.

1.2.3 La rete d'offerta

1.2.3.1 Gli erogatori sanitari e sociosanitari

La rete d'offerta sanitaria e sociosanitaria nel territorio dell'ATS della Val Padana presenta una complessiva ricchezza, seppur con una distribuzione differente sul territorio. La forte integrazione degli ambiti sanitario, socio sanitario e sociale ha come obiettivo la presa in carico dei pazienti cronici e fragili per l'intero percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale, fornendo prestazioni in grado di fornire la risposta più adeguata al bisogno dell'assistito e in grado di garantire la continuità della cura anche al domicilio.

OFFERTA SANITARIA

Sul territorio dell'ATS insistono innanzitutto le tre Aziende Socio Sanitarie Territoriali:

- ▶ ASST di Mantova (con i presidi di Asola–Bozzolo, Mantova e Borgo Mantovano);
- ▶ ASST di Cremona (con i Presidi di Cremona ed Oglio Po);
- ▶ ASST di Crema (con l'unico presidio di Crema).

Le tabelle a seguire rappresentano l'offerta di posti letto attivi del territorio rilevati annualmente tramite il modello HSP (dati al 31/12/2024).

Strutture Pubbliche e Private: Posti letto attivi

Distretto	Ente Gestore (Pubblico/ <i>Privato</i>)	struttura	N. Posti Letto sanitari					Totale
			Ordinari	DH/DS	Subacuti	Riabilitazione	Riabilitazione DH	
CREMA	ASST Crema	P.O. Crema	310	21	-	-	-	331
		P.O. Santa Marta	-	-	-	51	-	51
		cure subacute soncino	-	-	22	-	-	22
CREMONA	ASST Cremona	P.O. Cremona	375	43	9	-	-	427
	ASST Cremona	P.O. Soresina	-	-	20	-	-	20
	Istituto delle Figlie di San Camillo	C.C. di Cremona	85	10	-	41	1	137
	Fondazione opera San Camillo	C.C. San Camillo	55	13	-	22	-	90
	C.S.A. Coop Servizi Assistenziali	Nuovo Polo Robbiani	-	-	30	-	-	30
	Fondazione Teresa Camplani	C.C. Ancelle della Carità	-	-	-	79	-	79
CASALASCO VIADANESE	ASST Cremona	P.O. Oglio Po	101	8	8	-	-	117
	ASST Mantova	P.O. Bozzolo	-	-	25	51	-	76
ALTO MANTOVANO	ASST Mantova	P.O. Asola	31	12	-	-	-	43
	Ospedale San Pellegrino	Ospedale San Pellegrino	87	8	-	-	-	95
	Ospedale Civile di Volta Mantovana	Ospedale di Volta Mantovana	-	5	11	59	2	77
	Fondazione Salvatore Maugeri	Fondazione Maugeri	-	-	-	83	2	85
MANTOVA	ASST Mantova	P.O. Mantova	440	39	-	13	-	492
	Fondazione Teresa Camplani	Casa di Cura San Clemente	62	3	-	25	1	91
BASSO MANTOVANO	ASST Mantova	P.O. Borgo Mantovano	91	10	-	25	-	126
	Ospedale Montecchi Suzzara	Ospedale di Suzzara	95	8	-	20	-	123
ATS della Val Padana	3 ASST	10 Strutture Pubbliche	1.348	133	84	140	-	1.705
	8 Enti privati	9 Strutture Private	384	47	41	329	6	807
TOTALE			1.732	180	125	469	6	2.512

Strutture di Psichiatria Pubbliche e Private

OFFERTA TERRITORIALE DI PSICHIATRIA (NO SPDC)		Distretto													
		CREMA		CREMONA		CASALASCO VIADANESE		ALTO MANTOVANO		MANTOVA		BASSO MANTOVANO		Totale ATS	
		Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato
CPS	n° UdO	1	-	1	-	2	-	1	-	1	-	1	-	7	-
CPA	n° UdO	-	-	1	1	-	-	2	-	2	-	-	-	5	1
	Posti accreditati	-	-	16	10	-	-	26	-	30	-	-	-	72	10
	di cui a contratto	-	-	16	10	-	-	26	-	30	-	-	-	72	10
CPM	n° UdO	-	4	-	4	1	-	-	-	2	-	1	-	4	8
	Posti accreditati	-	36	-	50	7	-	-	-	14	-	9	-	30	86
	di cui a contratto	-	35	-	50	7	-	-	-	14	-	9	-	30	85
CRA	n° UdO	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-	6	-
	Posti accreditati	8	-	15	-	12	-	12	-	14	-	13	-	74	-
	di cui a contratto	8	-	15	-	12	-	12	-	14	-	13	-	74	-
CRM	n° UdO	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	Posti accreditati	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
	di cui a contratto	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
CD	n° UdO	1	-	1	2	1	-	1	-	1	-	2	-	7	2
	Posti accreditati	10	-	27	55	8	-	18	-	20	-	20	-	103	55
	di cui a contratto	10	-	27	50	8	-	18	-	20	-	20	-	103	50
totali Distretto*	n° UdO	3	4	4	9	5	-	5	-	7	-	5	-	29	13
	Posti accreditati	18	36	58	135	27	-	56	-	78	-	42	-	279	171
	di cui a contratto	18	35	58	130	27	-	56	-	78	-	42	-	279	165

*strutture residenziali e semiresidenziali

Strutture di Neuropsichiatria Infantile Pubbliche e Private

OFFERTA TERRITORIALE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		Distretto													
		CREMA		CREMONA		CASALASCO VIADANESE		ALTO MANTOVANO		MANTOVA		BASSO MANTOVANO		Totale ATS	
		Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato
Polo Territoriale	n° UdO	1	2	2	1	1	-	1	-	1	1	1	-	7	4
CD NPI	n° UdO	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3
	Posti accreditati	-	20	-	15	-	-	-	-	-	20	-	-	-	55
	di cui a contratto	-	17	-	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32
struttura residenziale terapeutico riabilitativa	n° UdO	-	2	-	2	-	-	-	-	-	1	-	-	-	5
	Posti accreditati	-	20	-	20	-	-	-	-	-	10	-	-	-	50
	di cui a contratto	-	20	-	20	-	-	-	-	-	8	-	-	-	48
totali Distretto*	n° UdO	1	5	2	4	1	-	1	-	1	3	1	-	7	12
	Posti accreditati	-	40	-	35	-	-	-	-	-	30	-	-	-	105
	di cui a contratto	-	37	-	35	-	-	-	-	-	8	-	-	-	80

*strutture residenziali e semiresidenziali

BUDGET EROGATORI STRUTTURE SANITARIE ANNO 2024 (al 31/12/2024)

Tipologia prestazione sanitaria (lombardi + fuori regione + stranieri assimilati lombardi)	ATS Val Padana	erogatori pubblici	erogatori privati
Ricovero	366.332.228,98	270.082.186,88	96.250.042,10
Sub acuti	8.264.575,40	5.920.525,40	2.344.050,00
Attività specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensiva delle attività di Pronto soccorso non seguite da ricovero (quota 97%)	196.589.078,17	136.276.055,16	60.313.023,01
NPIA (compresi progetti autismo, interventi domiciliari intensivi e Percorsi B e C - esclusi programmi innovativi Asst)	9.962.201,78	4.733.326,00	5.228.875,78
Psichiatria (compresa residenzialità leggera ed esclusi programmi innovativi Asst)	26.261.779,83	19.279.824,59	6.981.955,24
Progetti per il contenimento delle Liste Attesa	638.360,00		638.360,00
TOTALE DELLE RISORSE ASSEGNATE AGLI EROGATORI SANITARI A CONTRATTO 2024 - comprensive delle rimodulazioni	608.048.224,16	436.291.918,03	171.756.306,13

Unità di Offerta Sociosanitaria

Tipologia di Unità d'Offerta	nr. UdO e PL sociosanitari	Distretti						TOT. ATS
		Crema	Cremona	Casalasco-viadanese	Alto Mantovano	Mantova	Basso Mantovano	
CDD	Num. UdO autorizzate di cui	2	5	3	2	7	2	21
	Accreditate	2	5	3	2	7	2	21
	A contratto	2	5	3	2	7	2	21
	Posti Autorizzati	50	96	55	60	204	55	520
	Posti Accreditati	50	96	55	60	204	55	520
	Posti Contratto	50	91	53	60	199	55	508
CDI	Num. UdO autorizzate di cui	5	16	8	7	7	4	47
	Accreditate	5	16	8	6	7	3	45
	A contratto	5	15	6	5	7	2	40
	Posti Autorizzati	150	396	170	109	122	65	1.012
	Posti Accreditati	150	396	170	109	122	53	1.000
	Posti Contratto	115	345	137	85	117	25	824
CONSULTORI (CFI)	Num. UdO autorizzate di cui	3	2	3	5	5	2	20
	Accreditate	3	2	3	5	5	2	20
	A contratto	2	1			1		4
	A gestione ASST	1	1	3	4	4	2	15
CSS	Num. UdO autorizzate di cui	3	5	2	3	6	1	20
	Accreditate	3	5	2	3	6	1	20
	A contratto	3	4	2	3	4	1	17
	Posti Autorizzati	26	48	20	27	49	10	180
	Posti Accreditati	26	48	20	27	49	10	180
	Posti Contratto	26	36	20	27	29	10	148
HOSPICE (e UOCP)	Num. UdO autorizzate di cui	1	3	0	1	2	0	7
	Accreditate	1	3	-	1	2	-	7
	A contratto	1	3	-	1	2	-	7
	Posti Autorizzati	14	50	0	10	18	0	92
	Posti Accreditati	14	50	0	10	18	0	92
	Posti Contratto	14	50	0	10	18	0	92
UCP Domiciliari	Num. UdO autorizzate di cui	1	2	0	2	2	1	8
	Accreditate	1	2	0	1	2	1	7
	A contratto*	1	2	0	1	2	1	7
CURE INTERMEDIE	Num. UdO autorizzate di cui	3	3	2	0	3	1	12
	Accreditate	3	3	2	-	3	1	12
	A contratto	3	3	2	-	3	1	12
	Posti Autorizzati	233	162	129	0	121	50	695
	Posti Accreditati	233	162	129	0	112	50	686
	Posti Contratto	222	155	129	0	112	50	668
Riabilitazione ambulatoriale/cdc	Num. UdO autorizzate di cui	1	3	2	0	4	0	10
	Accreditate	1	3	2	-	4	-	10
	A contratto	1	3	2	-	4	-	10
	Volume Prestazioni	7.500	14.800	7.877	-	27.655	-	57.832

Tipologia di Unità d'Offerta	nr. UdO e PL sociosanitari	Distretti						TOT. ATS
		Crema	Cremona	Casalasco-viadanese	Alto Mantovano	Mantova	Basso Mantovano	
CICLO DIURNO CONTINUO	Num. UdO autorizzate di cui	0	2	0	0	1	0	3
	Accreditate	-	2	0	-	1	-	3
	A contratto	-	2	0	-	1	-	3
	Volume Prestazioni	0	21	0	0	155	0	176
Sperimentazione e POST ACUTA	Num. UdO autorizzate di cui	-	-	1	-	-	-	1
	Accreditate	-	-	1	-	-	-	1
	A contratto	-	-	1	-	-	-	1
	Posti Autorizzati	-	-	0	-	-	-	0
	Posti Accreditati	-	-		-	-	-	0
	posti Contratto	-	-	28	-	-	-	28
RSA	Num. UdO autorizzate di cui	11	20	14	13	13	16	87
	Accreditate	10	20	14	13	13	16	86
	A contratto	10	20	14	13	13	14	84
	Posti Autorizzati	949	2.416	1.281	878	1.389	1.101	8.014
	Posti Accreditati	875	2.389	1.221	854	1.375	1.054	7.768
	posti Contratto	799	2.313	1.147	822	1.110	766	6.957
Misura RSA APERTA	Num. UdO a contratto	6	10	5	6	5	7	39
Misura RESIDENZIALITA' ASSISTITA	Num. UdO a contratto	2	0	4	3	2	0	11
	Posti letto a contratto	31	0	37	21	12	0	101
RSD	Num. UdO autorizzate di cui	2	4	2	1	3	0	12
	Accreditate	2	4	2	1	3	-	12
	A contratto	2	4	2	1	3	-	12
	Posti Autorizzati	123	502	72	60	70	0	827
	Posti Accreditati	123	502	72	60	70	0	827
	Posti Contratto	123	502	57	60	70	0	812
Strutture residenziali / semiresidenziali per le dipendenze	Num. UdO autorizzate di cui	3	7	4	1	6	0	21
	Accreditate	3	7	4	1	6	-	21
	A contratto	3	7	2	1	6	-	19
	Posti Autorizzati	61	108	50	26	104	0	349
	Posti Accreditati	61	108	50	26	104	0	349
	Posti Contratto	61	108	40	26	100	0	335
SERT/SMI	Num. UdO autorizzate di cui	1	1	4	2	1	2	11
	Accreditate	1	1	4	2	1	2	11
	A contratto	0	0	1	0	0	0	1
	A gestione ASST	1	1	2	2	1	2	9
ADI/C-DOM*	Num. Enti Gestori abilitati operanti nei distretti	17	18	17	11	13	16	42
	Num. Enti Gestori accreditati operanti nei distretti	15	16	15	9	12	15	40
	Num. Enti Gestori a contratto operanti nei distretti	14	15	15	9	12	15	34
Ospedali di	Num. UdO autorizzate di cui	0	1	0	1	0	1	3
	Accreditate	0	1	0	1	0	0	2

Tipologia di Unità d'Offerta	nr. UdO e PL sociosanitari	Distretti						TOT. ATS
		Crema	Cremona	Casalasco-viadanese	Alto Mantovano	Mantova	Basso Mantovano	
Comunità	A contratto							
	Posti Autorizzati	0	20	0	15	0	18	53
	Posti Accreditati	0	20	0	15	0	0	35
	Posti contratto							
Case della Comunità	Num. UdO autorizzate di cui	0	0	0	0	0	0	0
	Accreditate	0	0	0	0	0	0	0
	A contratto							

Flussi/Base dati: anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie; registro interno monitoraggio SCIA (procedura PP10.2.1)

i dati di Autorizzazione delle UdO vengono aggiornati in seguito a SCIA o Cessazione delle UdO

i dati di Accreditemento delle UdO vengono aggiornati in seguito a Decreto Regionale o Revoca dell'accreditamento.

La rete delle strutture sociosanitarie PNRR al 31/12/2024

Tipologia di Unità d'Offerta	nr. UdO e PL sociosanitari	Distretti						TOT. ATS
		Crema	Cremona	Casalasco-viadanese	Alto Mantovano	Mantova	Basso Mantovano	
UCP Domiciliari	Num. UdO autorizzate di cui	2	3	4	3	3	3	6
	Accreditate	2	3	4	3	3	3	6
	A contratto*	2	3	4	3	3	3	6
Misura RSA APERTA*	Num. UdO a contratto	6	10	4	6	5	6	36
ADI/C-DOM*	Num. Enti Gestori abilitati operanti nei distretti	16	16	15	9	12	13	36
	Num. Enti Gestori accreditati operanti nei distretti	16	16	15	9	12	13	36
	Num. Enti Gestori a contratto operanti nei distretti	16	16	15	9	12	13	36

* ADI/C-DOM e Misura RSA Aperta: nel totale ATS i gestori che operano su più distretti vengono contati una sola volta

BUDGET PRESTAZIONI EROGATORI SOCIO SANITARI ANNO 2024 (al 31/12/2024)

DENOMINAZIONE	CREMA	CREMONA	CASALASCO VIADANESE	ALTO MANTOVANO	MANTOVA	BASSO MANTOVANO	TOTALE
Centro Diurno Disabili	617.453	1.004.889	624.053	685.304	2.368.113	570.583	6.494.448
Centro Diurno Integrato Anziani	878.922	2.227.477	677.185	451.911	632.923	128.715	5.674.319
Comunità Alloggio Sociosanitaria (Disabili)	312.415	387.970	199.359	337.476	363.213	135.920	1.935.712
Residenza Sanitaria Assistenziale (Anziani)	14.116.460	40.532.394	19.423.026	14.138.302	18.453.440	12.018.502	138.105.150
Residenza Sanitaria Disabili	4.703.434	19.553.599	2.224.949	2.370.463	2.963.442		34.040.836
Consultori Privati	421.603	395.283			243.913		1.060.799
Comunità per le Dipendenze	1.642.288	2.440.824	1.188.468	535.508	2.484.432		9.479.988
Servizio Multidisciplinare Integrato (dipendenze)			318.878				637.755
Cure Intermedie	11.621.000	8.827.104	6.492.100		6.117.100	2.431.900	41.981.304
Riabilitazione domiciliare, ambulatoriale e diurna	313.706	497.285	322.864		3.329.726		4.786.446
Sperimentazione di Post Acuta (Anziani)			706.225				1.412.450
Misura di RSA Aperta	1.265.570	906.000	406.453	790.699	385.721	796.614	4.957.510
Cure Palliative Residenziali	1.148.802	2.721.832		882.649	1.604.472		6.357.754
Cure Palliative Domiciliari	716.540	873.054		169.519	2.619.416	232.844	4.611.371
Cure Domiciliari (ex Assistenza Domiciliare Integrata)							12.807.301
Misura di Residenzialità Assistita							465.000
Programma Terapeutico Unico (dipendenze)							157.087
PNRR - Cure Domiciliari							3.628.895
PNRR - Misura di RSA Aperta							590.873
PNRR - Cure Palliative Domiciliari							1.036.704
TOTALE	37.758.191	80.367.710	32.583.560	20.361.830	41.565.911	16.315.078	280.221.701

1.2.3.2 La rete dell'assistenza sanitaria di base

Nelle tabelle a seguire si rappresenta la rete secondo l'assetto vigente.

STUDI DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI E FARMACIE TERRITORIALI SOGGETTI A VIGILANZA

Situazione al 31/12/2024	Crema	Cremona	Mantova	ATS
Medici medicina generale	90 <i>di cui 77 titolari e 13 incarichi provvisori</i>	113 <i>di cui 105 titolari e 8 incarichi provvisori</i>	237 <i>di cui 211 titolari e 26 incarichi provvisori</i>	440
Pediatrati di famiglia	17 <i>di cui 17 titolari e 0 incarichi provvisori</i>	18 <i>di cui 18 titolari e 0 incarichi provvisori</i>	41 <i>di cui 34 titolari e 7 incarichi provvisori</i>	76
Medici Continuità assistenziale	26 <i>di cui 1 titolare e 25 incarichi provvisori</i>	41 <i>di cui 2 titolari e 39 incarichi provvisori</i>	87 <i>di cui 0 titolari e 87 incarichi provvisori</i>	154
Situazione al 31/12/2024	Crema	Cremona	Mantova	ATS
Farmacie territoriali	56	73	147	276

L'attività di controllo sugli erogatori sanitari e sociosanitari, nonché sull'appropriatezza delle prestazioni erogate, svolta da operatori della ATS, è annualmente programmata attraverso il "Piano dei Controlli" – adottato con provvedimento del Direttore Generale – che viene elaborato in coerenza con gli indirizzi della Giunta Regionale, tra cui la DGR delle "Regole di Sistema"; il Piano viene pubblicato sul sito web dell'Agenzia nella sezione [Amministrazione Trasparente > Disposizioni generali > Atti generali > Documenti di programmazione strategico-gestionale](#).

Per l'anno 2025, in coerenza con specifiche indicazioni regionali, il Piano verrà inviato all'Agenzia di Controllo del Sistema SocioSanitario Lombardo (ACSSL) e alla DG Welfare entro il 28 febbraio 2025 (fatte salve diverse disposizioni).

Di norma, il "Piano di attività dei controlli sanitari, sociosanitari e sociali", si articola nelle seguenti sezioni:

- Il contesto e la rete dell'offerta (sanitaria – sociosanitaria e sociale);
- Area sanitaria;
- Area sociosanitaria e sociale;
- Assistenza farmaceutica e protesica;
- Requisiti di accesso alla contrattualizzazione area sanitaria;
- Requisiti di accesso alla contrattualizzazione area sociosanitaria;
- Area Presa in carico.

Il tema del governo dei tempi d'attesa costituisce una assoluta priorità per Regione Lombardia e si conferma pertanto l'impegno di ATS Val Padana per il perseguimento degli obiettivi indicati dal livello regionale.

L'analisi storica delle attività di controllo sugli erogatori, supportata dai dati contenuti nel Piano, evidenzia un sistema articolato e complesso di eccellente qualità, costantemente controllato e vigilato, nel quale non si sono manifestati illeciti.

1.2.4 Il contesto economico produttivo

1.2.4.1 L'ambito della prevenzione veterinaria e sicurezza degli alimenti di origine animale

L'ATS della Val Padana presenta una situazione pressoché unica rispetto al territorio nazionale (e non solo), per quanto attiene all'ambito della Prevenzione Veterinaria, in termini di concentrazione di attività produttive, su cui ATS svolge i controlli, nonché di risorse umane ed economiche. In nessun territorio italiano i servizi veterinari pubblici intervengono, infatti, su un numero così elevato di animali allevati, di macelli industriali, di impianti di trasformazione. Il Dipartimento di Prevenzione Veterinaria e Sicurezza degli Alimenti di Origine Animale ha una dotazione organica composta da 157 Dirigenti Veterinari, oltre a 23 Tecnici della Prevenzione e 31 operatori appartenenti a diversi profili amministrativi. Nel territorio della ATS operano macelli industriali di suini di cui 5 tra i più grandi d'Italia, 3 dei quali già abilitati a produrre carni per l'export verso gli USA (insieme a due stabilimenti di trasformazione), e, per quanto riguarda gli impianti di macellazione bovini, uno di loro è tra i più importanti in Italia; va evidenziato che ben 49 stabilimenti (23 nel settore della carne e 26 in quello del latte) sono inseriti in liste per l'esportazione in Paesi terzi, con conseguente necessità di ulteriori e specifici controlli relativi al mantenimento dei requisiti strutturali e gestionali richiesti dai singoli Paesi terzi.

Il territorio di ATS Val Padana si caratterizza per la prevalente vocazione agro-zootecnica rispetto a quella industriale, particolarmente importante nel settore lattiero caseario e dei prodotti di origine animale di derivazione suina.

Il latte prodotto annualmente negli allevamenti dell'ATS della Val Padana ammonta a oltre 2.629.418 tonnellate (dato produzione 2023, + 3,8% rispetto al 2022), costituendo circa il 20% della produzione nazionale e il 44 % di quella regionale.

Aspetti fondamentali del settore zootecnico-produttivo delle provincie di ATS della Val Padana sono:

- l'allevamento di un elevato numero di capi: il 42% dei bovini, il 49% dei suini e il 25% degli avicoli lombardi;
- la presenza di impianti di macellazione di bovini e suini di rilievo nazionale;
- numerosi impianti di trasformazione di prodotti di origine animale, con particolare rilevanza della produzione d'insaccati in genere e prodotti lattiero-caseari.

Per quanto riguarda il settore della macellazione, nell'ATS della Val Padana viene macellato circa il 94% del totale dei suini macellati in Regione Lombardia e il 29% del nazionale, mentre, relativamente ai bovini, viene macellato circa il 44% del totale regionale.

Negli allevamenti da latte viene prodotto principalmente latte destinato alla trasformazione in formaggi a lunga conservazione; il latte prodotto dà origine a più del 11% del formaggio Parmigiano Reggiano e più del 47% del formaggio Grana Padano sul totale della produzione nazionale.

Contestualmente, è prodotto circa il 25% del burro di origine nazionale, mentre dagli allevamenti e dai macelli suini proviene oltre il 55% circa delle cosce destinate a produrre i prosciutti di Parma e San Daniele.

Contesto Zootecnico ATS Val Padana - 31/12/2024

	ATS Val Padana		Alto Mantovano		Basso Mantovano		Crema		Cremona		Mantova		Oglio Po	
Tipolog.	allev	capi	allev	capi	allev	capi	allev	capi	allev	capi	allev	capi	allev	capi
bovidi	2.870	641.735	613	110.310	439	94.519	645	144.846	495	143.375	430	100.025	271	48.660
suidi	1.140	1.881.410	232	310.934	202	209.409	232	380.338	180	413.240	183	352.584	111	214.905
avicoli	394	10.298.765	115	4.186.192	54	601.124	43	303.249	103	2.113.314	48	1.881.645	31	1.213.241
ovicaprini	686	14.702	150	1.619	134	2.668	134	4.834	100	4.060	94	810	74	711
equidi	2.555	4.099	577	798	391	509	518	644	382	1072	350	569	337	507
Totali	7.645	12.840.711	1.687	4.609.853	1.220	908.229	1.572	833.911	1.260	2.675.061	1.105	2.335.633	824	1.478.024

IMPIANTI

	NORMA/TIPO NORMA	BREVE DESCRIZIONE	Totale
Impianti Registrati			
	D. lgs 136/2022	Toelettature e grossisti animali d'affezione	89
	D. lgs. 26/2014 Sperimentazione animale	Produttori e utilizzatori	4
	D. lgs.218/2023 - Farmaco veterinario	Farmacie, parafarmacie e grossisti	74
	DDGS n.5403/2005 Strutture veterinarie	Ambulatori e cliniche veterinarie	135
	Reg. 767/2009 Etichettatura mangimi	Import e produzione conto terzi mangimi	15
	Reg. CE 01/2005 Trasporto animali vivi	Trasportatori animali	88
	Reg. UE 1069/2009 Sottoprodotti Origine Animale	Oleo chimici, lavorazione sottoprodotti, cosmetici, trasporto	123
	Reg. UE 183/2005 Mangimi	Produzione primaria, autoconsumo, commercio all'ingrosso	25.568
	Reg. UE 852/2004 Impianti registrati	Depositi, esercizi di vicinato, ristorazione collettiva, laboratori di prodotti a base di carne e latte	4.053
	Regolamento Regionale 2/2017 Randagismo	Strutture detenzione animali d'affezione	108
<i>Totale impianti registrati</i>			30.257
Impianti Riconosciuti			
	Reg. UE 1069/2009 Sottoprodotti Origine Animale	Biogas, magazzinaggio, trasformazione	117
	Reg. UE 183/2005 Mangimi	Produzione e commercializzazione mangimi, premiscele e additivi	107
	Reg. UE 853/2004 Impianti riconosciuti	Macelli, sezionamenti, depositi frigoriferi di carni, latte e derivati	733
<i>Totale impianti riconosciuti</i>			957
Totale complessivo impianti			31.214

ATTIVITA' DI MACELLAZIONE ANNO 2024

TIPOLOGIA	N° STRUTTURE	N° CAPI MACELLATI
Macellazione suini industriale	6	2.834.360
Macellazione bovini industriale	5	253.910
Macellazione avicoli industriali	2	10.657.452

Le Aree Veterinarie

L'organizzazione del Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale trova fondamento nella complessità del contesto territoriale di riferimento; poggia su una struttura dipartimentale, suddivisa in sei strutture complesse, deputate alle attività di programmazione, monitoraggio e verifica - nei tre macro-ambiti di azione previsti dalla normativa (sanità animale, igiene degli alimenti di origine animale, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche) - e con funzioni di coordinamento nei confronti delle strutture territoriali; l'erogazione delle prestazioni è invece in carico a sei distretti veterinari.

Gli indirizzi per le attività di prevenzione veterinaria sono dettati dal Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria (PRISPV 2019-2023), definito in coerenza con i criteri fondanti del Piano Nazionale Integrato, che rispecchiano il ruolo chiave del sistema agroalimentare lombardo, con pieno riferimento al Programma Regionale di Sviluppo (PRS) della XII Legislatura e in armonia con le disposizioni dei Regolamenti 2017/625 e 2016/429 della Commissione Europea. Annualmente il Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale della ATS Val Padana elabora e aggiorna (di norma entro il 28 febbraio di ogni anno), sulla base delle indicazioni regionali di programmazione delle attività di controllo, il "Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria" (PIAPV). Sul sito web della ATS Val Padana, è pubblicato il [PIAPV per l'anno 2024](#), al quale si rinvia per una rappresentazione dettagliata dei dati di contesto e delle attività programmate di vigilanza e controllo (sezione [Amministrazione Trasparente \ Disposizioni generali \ Atti generali \ Documenti di programmazione strategico-gestionale](#)); il Piano per l'anno 2025 sarà pubblicato nella medesima sezione. Il Piano è supportato da un sistema informatico regionale denominato SIV e da un sistema informatico nazionale (Vetinfo), entrambi su piattaforme WEB, costituiti da un insieme dedicato di componenti per la gestione dei flussi informativi generati dalle attività di prevenzione veterinaria.

Tale sistema costituisce un importante strumento di tracciabilità, anche nell'ottica di riduzione della discrezionalità, poiché è utilizzato dagli operatori del Dipartimento Veterinario della ATS per inserire le informazioni sulle imprese, sulle attività di controllo ufficiale e sulle non conformità riscontrate. Il sistema permette di supportare:

- o la gestione delle anagrafi: consistenza e distribuzione territoriale degli allevamenti e degli stabilimenti riconosciuti e registrati, movimentazione degli animali, stato sanitario e profilassi del patrimonio zootecnico e degli animali da affezione;
- o la programmazione del controllo ufficiale, in base al livello di rischio degli allevamenti/stabilimenti, nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse e dell'aumento di efficacia dei controlli;
- o la gestione della reportistica dei controlli ufficiali con la registrazione dei dati dell'attività di controllo al fine di consentire:
 - la gestione delle non conformità e il monitoraggio dello stato di attuazione delle prescrizioni;
 - la rimodulazione della programmazione in funzione delle criticità rilevate;
 - la rendicontazione con assolvimento dei debiti informativi verso le componenti del sistema sanitario (ATS, Regione, Ministero della Salute, Unione Europea);
 - la comunicazione e la dematerializzazione nella gestione delle attività: il SIV costituisce lo strumento di riferimento per la comunicazione dell'U.O. Veterinaria con gli utenti del sistema e per la dematerializzazione degli adempimenti correlati con la gestione del controllo ufficiale.

Come si evince dai dati sopra rappresentati, il settore produttivo controllato dal Dipartimento Veterinario della ATS della Val Padana è di assoluto rilievo per l'economia del territorio, in termini di numero di addetti e di operatori e di interessi economici rappresentati. Le attività di controllo effettuate dai Veterinari si svolgono in un contesto caratterizzato a volte da difficoltà di relazione con una minima parte degli operatori, i quali possono manifestare atteggiamenti di intimidazione, in genere positivamente gestiti e monitorati.

Al riguardo, è costante l'investimento da parte dell'Agenzia in termini di informazione e formazione del personale, con l'obiettivo di favorire il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare situazioni ad alta partecipazione emotiva, facendo sì che tutto il personale abbia conoscenza dei rischi potenziali e delle procedure da seguire per proteggere sé stessi e i colleghi da atti di violenza e intimidazione.

Va ancora sottolineata la forte criticità legata all'intenso *turn over* del personale, a causa dei numerosi pensionamenti e delle difficoltà di reperimento di sostituti in tempi congrui; ciò determina una situazione di discontinuità con la fuoriuscita di molti operatori esperti e l'inserimento di personale nuovo da formare.

1.2.4.2 L'ambito della prevenzione sanitaria

Le caratteristiche socio-demografiche del territorio dell'ATS Val Padana evidenziano:

- bassa natalità e più elevata presenza di popolazione anziana;
- elevata presenza di stranieri residenti;
- crescita del tasso di disoccupazione;
- struttura occupazionale che riflette la vocazione agricola;
- aumento dei casi di tumore prevenibili dalle campagne di screening.

Il territorio dell'ATS della Val Padana è connotato da un'agricoltura intensiva e da un elevato livello di professionalità e di produttività (le cui filiere più rappresentate sono quelle del latte e della carne), da un'industria agroalimentare leader di settore, sia nel mondo della cooperazione sia nelle realtà imprenditoriali non associate, con marchi di richiamo internazionale.

La priorità degli interventi di controllo tiene conto della conoscenza del territorio, della graduazione dei rischi, in termini di impatto a breve e a lungo termine; inoltre, la programmazione locale stabilisce che gli interventi di vigilanza e controllo si svolgano per circa l'80% in attività ad elevato rischio, i cui comparti lavorativi di maggior attenzione risultano essere l'agricoltura, le costruzioni, la metallurgia, la metalmeccanica, le raffinerie, il settore tessile ed il commercio.

Sul territorio della ATS della Val Padana insistono circa 83.000 imprese produttive, di cui si citano i settori più rilevanti in relazione agli interventi dell'ATS:

- Settore agricolo: 12.800 imprese;
- Settore alimentare: 9.100;
- Settore costruzioni: 11.000 imprese;
- Settore industria manifatturiera: 9.200 Imprese;
- Settore industria metallurgica e metalmeccanica: 3.000 imprese.

L'ATS Val Padana si caratterizza per l'importante vocazione agricola, con il 25% delle imprese agricole di tutta la Regione Lombardia. In particolare, si ricorda la produzione primaria di prodotti ortofrutticoli, con prodotti riconosciuti a marchio IGP (esempio: il melone mantovano, la pera tipica mantovana).

Il contesto produttivo agricolo e zootecnico ha consentito lo sviluppo delle imprese agroalimentari di trasformazione dei prodotti alimentari sia di origine animale sia di origine non animale. Complessivamente si contano 9.100 imprese del settore alimentare, che vengono sottoposte a controllo sulla base della valutazione del rischio.

In relazione al settore industriale, le province di Mantova e Cremona rappresentano ciascuna circa l'11% del totale delle imprese industriali lombarde. Si evidenzia, più nello specifico, la rilevanza delle imprese del settore metallurgico e meccanico, in particolare la provincia di Cremona rappresenta circa il 17% della produzione nazionale di acciaio.

Da menzionare inoltre peculiarità produttive quali:

- il distretto della cosmesi dell'area del cremasco quale eccellenza nazionale;
- il distretto della calza nell'alto mantovano;
- il polo chimico nell'area mantovana.

La realtà imprenditoriale nel territorio dell'ATS della Val Padana è caratterizzata da imprese di medio-piccole dimensioni, spesso a conduzione familiare e che commercializzano i propri prodotti principalmente a livello locale, con alcune eccezioni che estendono la propria attività a livello nazionale, comunitario ed extra-comunitario. Questa particolare caratteristica, congiuntamente ai cambiamenti socio-economici nel mercato del lavoro, aumenta l'esigenza di diffondere la consapevolezza del rischio e la cultura della sicurezza anche rispetto a forme di lavoro atipiche e alle professioni emergenti, adottando un approccio sinergico con le Istituzioni, le parti sociali e le associazioni di categoria e datoriali.

In merito alla sicurezza del cittadino, il territorio si caratterizza inoltre per la presenza di:

- o inquinamento atmosferico, con frequenti superamenti dei limiti per polveri sottili e ultrasottili;
- o significativi siti inquinati (ivi compreso uno di interesse nazionale);
- o prodotti (cosmetici, giocattoli, contenitori, ecc.) sul mercato non soggetti a normativa comunitaria.

L'attività di prevenzione sanitaria svolta dalle Strutture del DIPS (in forma di ispezione o di Audit) ha l'obiettivo di garantire la tutela del cittadino nella sua molteplice veste di fruitore dell'ambiente, lavoratore, consumatore. In quest'ottica appare fondamentale svolgere azioni di sorveglianza e controllo per l'igiene pubblica, per la sicurezza dei luoghi di lavoro e degli alimenti di origine non animale.

L'assoluzione dei compiti istituzionali di prevenzione è possibile grazie alla sinergica collaborazione tra le Strutture che effettuano l'attività sul territorio, talvolta in collaborazione con le Autorità competenti, e la SSD Laboratorio di Prevenzione, incaricata di effettuare l'analisi dei campioni (acque, alimenti, materiali biologici).

La vigilanza, programmata in coerenza con il Piano Nazionale ed il Piano Regionale della Prevenzione, viene dettagliata all'interno del Piano Integrato dei Controlli, pubblicato annualmente sul sito web della ATS Val Padana, al quale si rinvia per una consultazione integrale del documento: www.ats-valpadana.it > [Amministrazione Trasparente](#) > [Disposizioni generali](#) > [Atti generali](#) > [Documenti di programmazione e strategico-gestionale](#).

L'obiettivo dei controlli svolti è quello di:

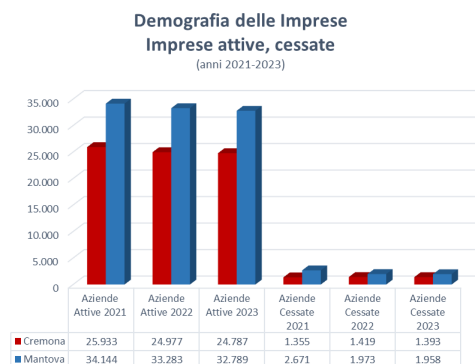
- prevenire gli infortuni e le malattie professionali mediante l'attuazione di attività di verifica e controllo. Nel dettaglio, per la tutela del cittadino in ambito lavorativo:
 - o la verifica degli impianti di terra, di protezione scariche atmosferiche, di impianti elettrici in luoghi con pericolo di esplosione, di attrezzature di sollevamento, di attrezzature a gas/vapore ex D.M. 10/12/1975;
 - o gli interventi nei casi di infortuni lavorativi, che hanno un significativo impatto sulla salute pubblica a causa delle rilevanti dimensioni e diffusione capillare del fenomeno, oltre che per le significative conseguenze sanitarie, sociali ed economiche (dirette ed indirette), per l'individuo e per la società in generale. L'attività delegata dall'Autorità Giudiziaria per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali richiede un approccio integrato tra le diverse professionalità operanti all'interno della SC PSAL ed un elevato livello di competenze tecniche e giuridiche;
 - o le attività relative alla gestione del rischio amianto per i lavoratori professionalmente esposti;
 - o le attività di controllo del rischio chimico nelle imprese/strutture appartenenti a tutte le fasi della catena di approvvigionamento, ai sensi dei Regolamenti Comunitari REACH/CLP, ed alla vigilanza sugli utilizzatori di prodotti fitosanitari;
- ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute, organizzando l'attività di vigilanza e controllo al fine di verificare:
 - o le condizioni di salubrità delle abitazioni;
 - o il rispetto dei requisiti delle strutture ricettive (alberghi, b&b, agriturismo) di nuova realizzazione e di quelle già attive;
 - o il rispetto degli standard igienici di strutture sanitarie, socio-sanitarie e ricettive alberghiere;
 - o il mantenimento delle caratteristiche di idoneità per lo specifico uso di scuole, impianti natatori e sportivi, servizi alla persona;
 - o il contenimento delle ricadute sulla salute collegate alle criticità ambientali, la sicurezza e restituzione di siti inquinati in seguito a interventi di bonifica;
 - o l'impatto sulla salute di grandi opere/impianti/infrastrutture;
 - o la valutazione degli strumenti di governo del territorio per la tutela del cittadino e per la promozione della salute attraverso la Rete delle Città Sane;
 - o la gestione delle allerte e della informazione all'utenza in merito alla sicurezza dei prodotti commercializzati (cosmetici, giocattoli, contenitori, ecc.);
- rafforzare le attività di prevenzione nell'ambito della sicurezza alimentare attraverso controlli che siano orientati a:
 - o controllo dei prodotti alimentari (comprendente l'attività di campionamento degli alimenti);
 - o la verifica dei requisiti strutturali e gestionali delle imprese e degli esercizi commerciali che operano nel settore degli alimenti e delle bevande;
 - o la realizzazione di piani di controllo mirati alla ricerca, negli alimenti, di microrganismi patogeni, OGM, residui di prodotti fitosanitari, micotossine nonché del dosaggio della radioattività;
 - o l'effettuazione di campionamenti per il controllo della potabilità dell'acqua, che vengono distribuiti tra le centrali di potabilizzazione e le reti idriche, per area omogenea ed indirettamente attraverso la valutazione dell'operato dei singoli Enti Gestori, attraverso l'attività di Ispezione e di Audit;
 - o la gestione dei casi di allerta per alimenti. Per una migliore gestione di tali situazioni, è stato istituito il punto di contatto unico.

In merito alla prevenzione e promozione della salute per il cittadino, si sviluppano azioni che hanno l'obiettivo ultimo di:

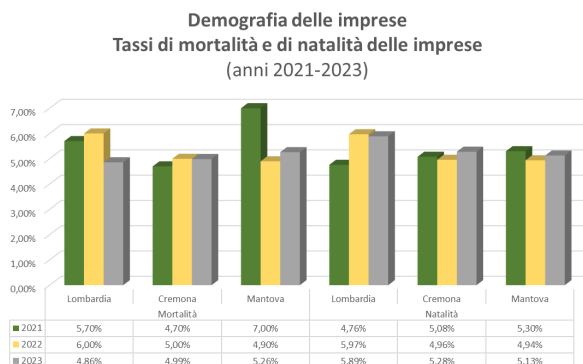
- ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili attraverso l'organizzazione di programmi di screening di popolazione previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza, per la prevenzione dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto;

- promuovere stili di vita sani e realizzare interventi volti allo sviluppo di ambienti favorevoli alla salute e alla prevenzione di fattori di rischio comportamentali nei contesti di comunità;
- limitare la diffusione delle malattie trasmissibili nella comunità attraverso la sorveglianza sanitaria delle malattie infettive.

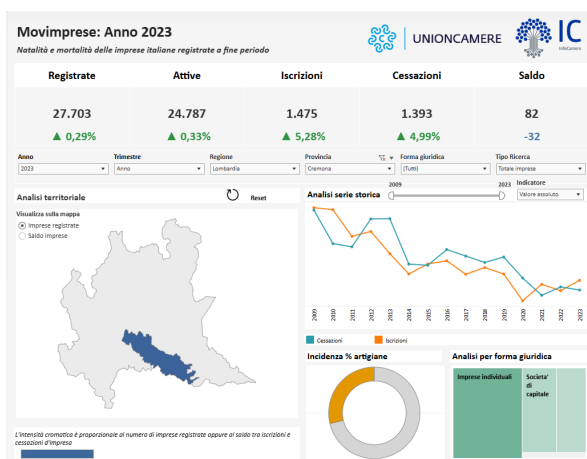
Di seguito, si riportano alcuni grafici che rappresentano la demografia delle imprese nel territorio dell'ATS della Val Padana.



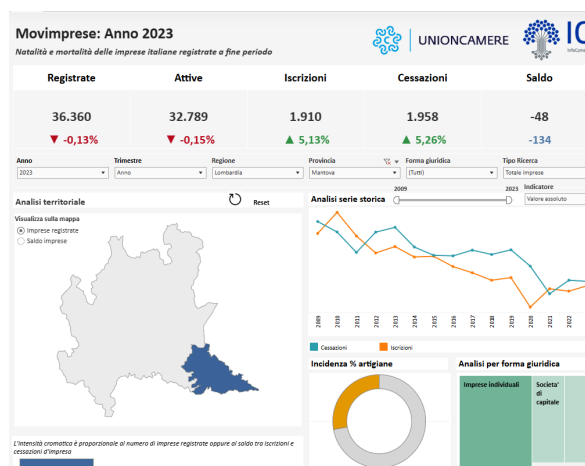
Fonte dati: Unioncamere Lombardia – 01/2025



Fonte dati: Unioncamere Lombardia – 01/2025



Natalità e mortalità delle imprese della provincia di CR
 Fonte dati: Unioncamere Lombardia – 01/2025



Natalità e mortalità delle imprese della provincia di MN
 Fonte dati: Unioncamere Lombardia – 01/2025

Il dato riferito all'anno 2023 (ultimo disponibile) evidenzia - rispetto all'anno 2022 – una sostanziale stabilità dei dati relativi al tasso di natalità delle imprese nelle provincie di Cremona e Mantova.
 È invece diminuito il tasso di mortalità delle imprese nella provincia di Mantova mentre è lievemente aumentato il tasso di mortalità nella provincia di Cremona.

1.2.5 Territorio e criminalità

L'analisi del contesto esterno deve considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento dell'amministrazione, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni. Comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui l'Amministrazione è sottoposta consente di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio.

Tra le fonti informative più significative, vi sono le relazioni periodiche sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica, presentate al Parlamento dal Ministero dell'Interno e pubblicate sul sito della Camera dei Deputati (Ordine e sicurezza pubblica e D.I.A.) sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla direzione investigativa antimafia, oltre ad altri studi e documenti ufficiali.

Le [relazioni semestrali della Direzione Investigativa Antimafia](#) – già a partire dal 2015 – registrano la presenza di attività criminali ad opera di elementi contigui alla criminalità organizzata calabrese sul territorio di competenza dell'ATS Val Padana. Oltre al traffico degli stupefacenti, l'usura e le estorsioni, oggetto di interesse della criminalità organizzata risultano essere anche la filiera agroalimentare, l'ambito dell'edilizia e l'illecito smaltimento di rifiuti. Un altro fattore attrattivo per la criminalità organizzata è sicuramente la solidità del sistema economico e produttivo lombardo che cerca di approfittare in vario modo delle opportunità di crescita del territorio; ciò comporta un aumento del rischio di infiltrazioni e di acquisizione illecita di fondi pubblici da parte delle organizzazioni criminali.

La presenza della criminalità organizzata nelle province di Cremona e Mantova è stata confermata anche dallo studio ["Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia"](#) realizzato dall'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano, in collaborazione con Polis Lombardia e finanziato con risorse della Giunta Regionale Lombardia.

Lo studio evidenzia un riposizionamento della presenza della criminalità organizzata in atto nelle diverse province, "Un riequilibrio in cui sembra pesare soprattutto il nuovo ruolo assunto dalle aree meridionali e soprattutto dalla *provincia di Mantova*, a lungo considerata fuori gioco e invece destinazione privilegiata dalle 'ndrine che risalgono la Lombardia venendo dall'Emilia nord-orientale (...)". Lo studio propone anche un indice di presenza mafiosa, che tiene conto di aspetti quantitativi e qualitativi del fenomeno. In questa mappa, un elemento di interesse riguarda l'aumento della presenza nella provincia di Cremona che assume (a differenza del passato) lo stesso valore di Mantova; tale elemento "indica una ulteriore possibile tendenza espansiva dei clan". Infine, un ulteriore dato particolarmente interessante, riguarda un cambiamento di strategia da parte dei clan, che ricorrono sempre più spesso a forme di violenza di bassa-media intensità, - fenomeno che, nello studio, viene definito aggressione delle libertà economiche (il mercato, la libera concorrenza) e delle libertà politiche (la democrazia)" – in grado di produrre in chi ne viene colpito un importante condizionamento nello svolgimento delle mansioni in ambito istituzionale.

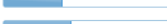
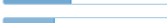
Le relazioni instaurate tra i componenti delle cosche e gli operatori economici evidenziano l'attitudine della criminalità organizzata ad adattarsi ai cambiamenti sociali, consentendo *"ai sodalizi mafiosi di mostrare un'elevata resilienza agli effetti delle misure restrittive e dei provvedimenti di confisca"*.

Come si evince dalle relazioni D.I.A. a partire dal 2020, oltre al traffico di stupefacenti, l'illecito smaltimento di rifiuti continuerebbe a rappresentare uno dei settori maggiormente appetibili dalle organizzazioni criminali per il rapporto estremamente vantaggioso tra costi e benefici. L'azione di contrasto rispetto a tali fenomeni ha visto coinvolte oltre alle forze dell'ordine anche le istituzioni regionali. I gravi episodi di inquinamento avvenuti sul territorio di Brescia, Mantova, Cremona, Milano, Pavia, Lodi, Como, Varese Novara, Vercelli e Piacenza mediante sversamento di fanghi contaminati in terreni ad uso agricolo denunciati nel mese di maggio 2021 dal Comando Carabinieri Forestali di Brescia hanno richiesto un'immediata risposta che si è palesata anche attraverso diverse operazioni di rilievo portate a termine nel secondo semestre 2021.

Criminalità: indicatori di rischio

La corruzione percepita a Cremona (fonte <https://it.numbeo.com/criminalità/città/Cremona> - 20/01/2025)

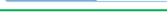
Tasso di criminalità a Cremona, Italia

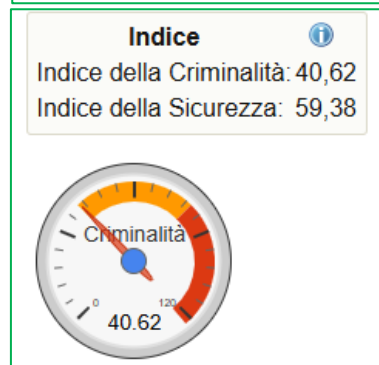
Livello di criminalità		27.50	Basso
Incremento della criminalità negli ultimi 3 anni		70.00	Alto
Paura delle effrazioni e dei furti in casa		45.00	Moderato
Paura di essere aggrediti o rapinati		42.50	Moderato
Paura che ci rubino l'automobile		15.00	Molto Basso
Paura che ci rubino oggetti dall'automobile		37.50	Basso
Paura di essere attaccati		35.00	Basso
Paura di essere insultati		40.00	Moderato
Paura di poter essere vittime di aggressioni fisiche per il colore della pelle, l'origine etnica, del genere o il credo religioso		30.00	Basso
Problema di gente che usa o vende droga		37.50	Basso
Problema di crimini verso la proprietà tra cui vandalismi e furti		47.22	Moderato
Problema dei crimini violenti tra cui assalto e rapina a mano armata		25.00	Basso
Problema di corruzione e concussione		30.56	Basso



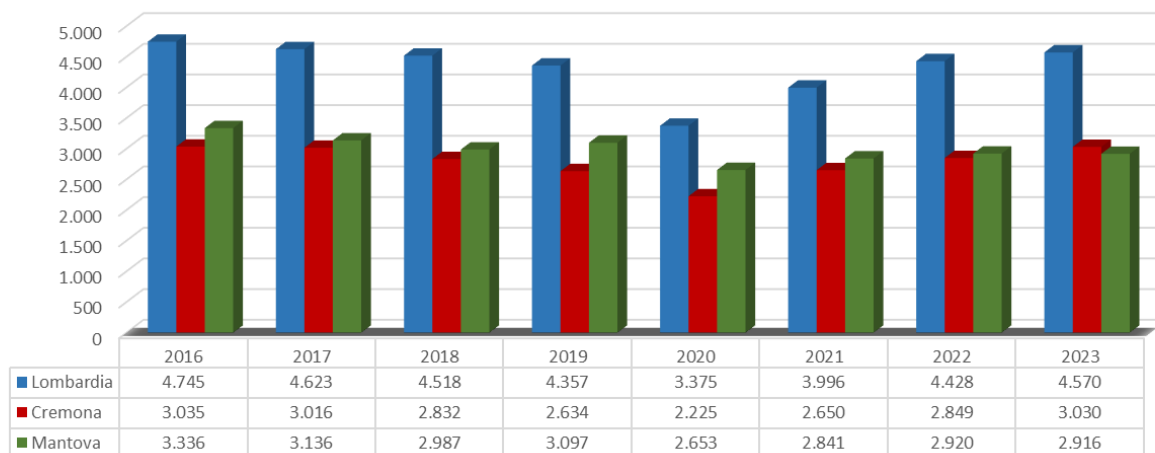
La corruzione percepita a Mantova (fonte <https://it.numbeo.com/criminalità/città/Mantova> - 20/01/2025)

Tasso di criminalità a Mantova, Italia

Livello di criminalità		42.84	Moderato
Incremento della criminalità negli ultimi 3 anni		66.19	Alto
Paura delle effrazioni e dei furti in casa		49.85	Moderato
Paura di essere aggrediti o rapinati		34.46	Basso
Paura che ci rubino l'automobile		24.85	Basso
Paura che ci rubino oggetti dall'automobile		34.46	Basso
Paura di essere attaccati		33.84	Basso
Paura di essere insultati		46.74	Moderato
Paura di poter essere vittime di aggressioni fisiche per il colore della pelle, l'origine etnica, del genere o il credo religioso		29.17	Basso
Problema di gente che usa o vende droga		47.92	Moderato
Problema di crimini verso la proprietà tra cui vandalismi e furti		46.00	Moderato
Problema dei crimini violenti tra cui assalto e rapina a mano armata		24.85	Basso
Problema di corruzione e concussione		53.12	Moderato

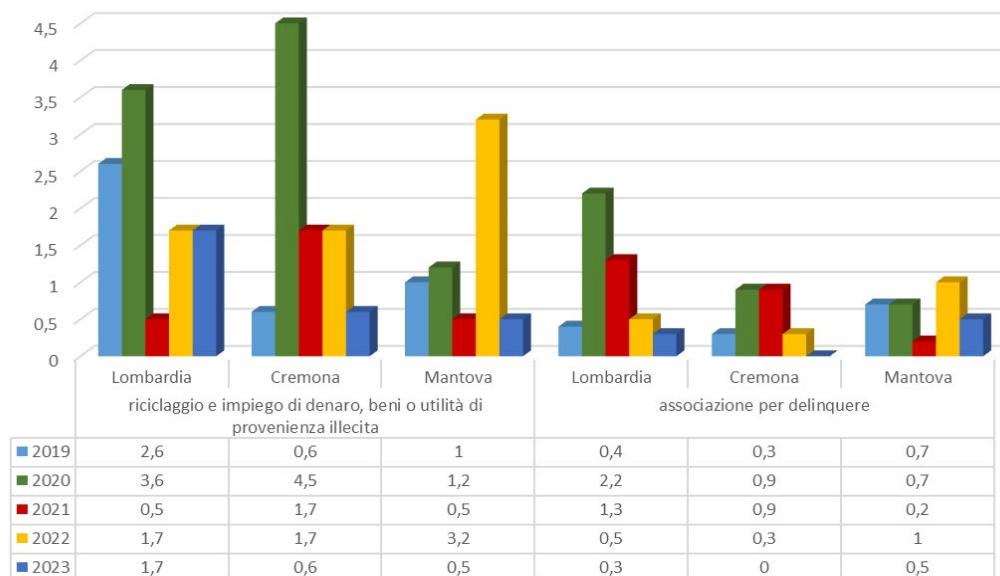


Delitti (totali) denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria (valori per 100.000 abitanti)



Fonte ISTAT (Criminalità e Giustizia) 01/2025 - Delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria (valori per 100.000 abitanti)

Delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria (valori per 100.000 abitanti)



Fonte ISTAT (Criminalità e Giustizia) 01/2025 - Delitti denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria (valori per 100.000 abitanti)

1.3 Il contesto interno

L'analisi del contesto interno si basa innanzitutto sulla comprensione dell'organizzazione aziendale e delle interrelazioni tra le strutture e le loro caratteristiche, così come rappresentate nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (P.O.A.S.)², approvato dalla Giunta di Regione Lombardia con Delibera (D.G.R.) n. XI/6810 del 02/08/2022, con particolare riferimento agli elementi indicati nel PNA: organi di indirizzo, struttura organizzativa, ruoli e responsabilità; politiche, obiettivi, e strategie; risorse, conoscenze, sistemi e tecnologie; qualità e quantità del personale; cultura organizzativa, con particolare riferimento alla cultura dell'etica; sistemi e flussi informativi, processi decisionali (sia formali sia informali); relazioni interne ed esterne.

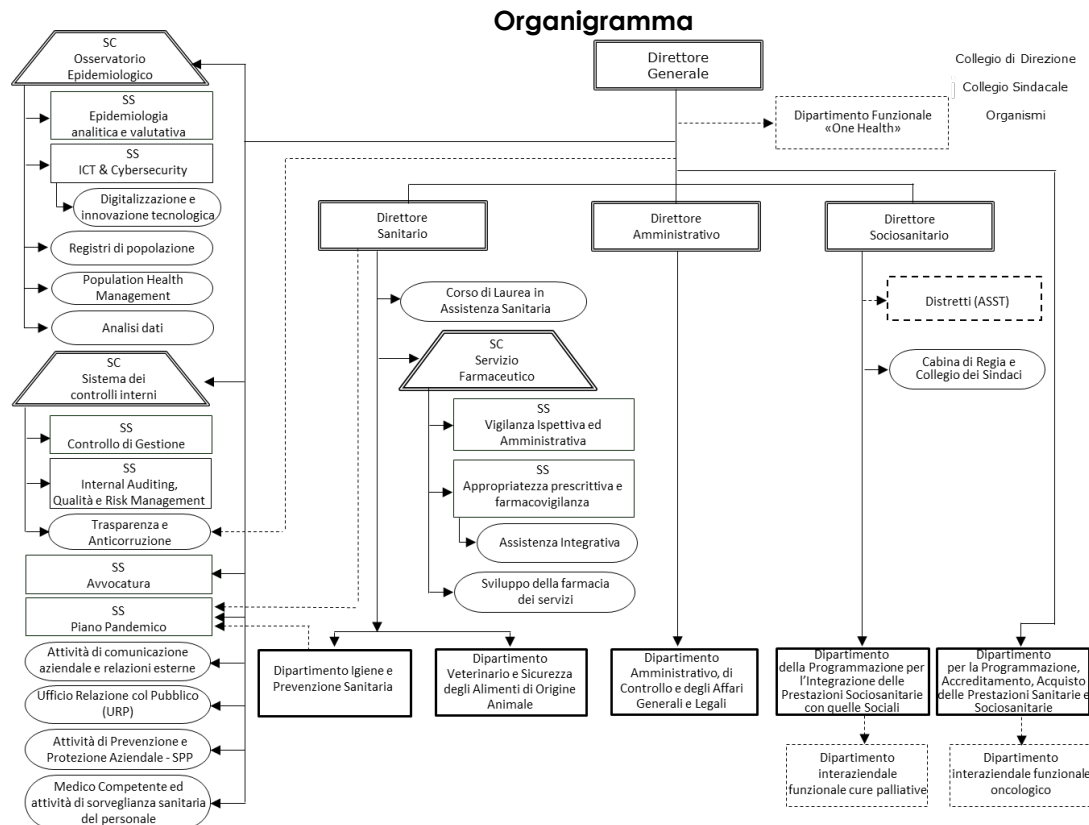
Il P.O.A.S. rappresenta lo strumento strategico per la definizione dell'assetto organizzativo e descrive il modello organizzativo con cui l'Agenzia ha inteso articolare le proprie strutture in funzione del mandato istituzionale e in relazione alle peculiarità del contesto territoriale di riferimento; il documento descrittivo è completato dall'Organigramma e dal Funzionigramma di tutte le Strutture e Funzioni. Il Piano è pubblicato sul sito web aziendale nella sezione [Amministrazione ATS > Disposizioni generali > Atti generali > Atti amministrativi generali](#).

L'organizzazione dell'ATS Val Padana si configura attualmente in:

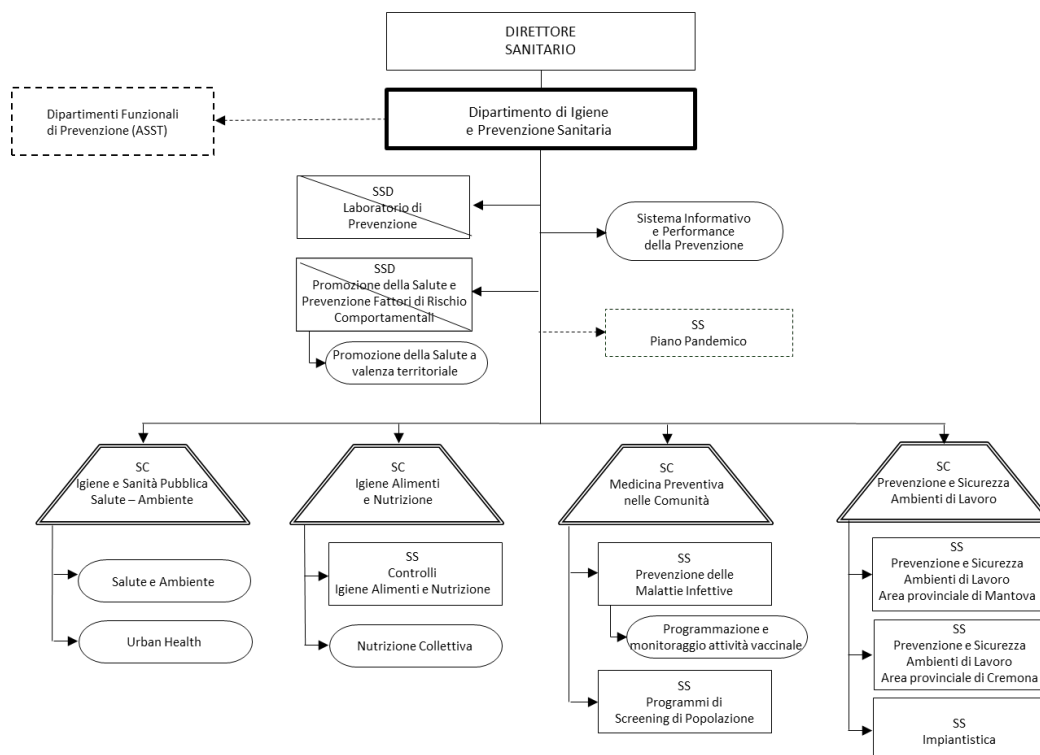
- n. 5 Dipartimenti Gestionali e n. 1 Dipartimento Funzionale
- n. 29 Strutture Complesse
- n. 2 Strutture Semplici Dipartimentali
- n. 38 Strutture Semplici.

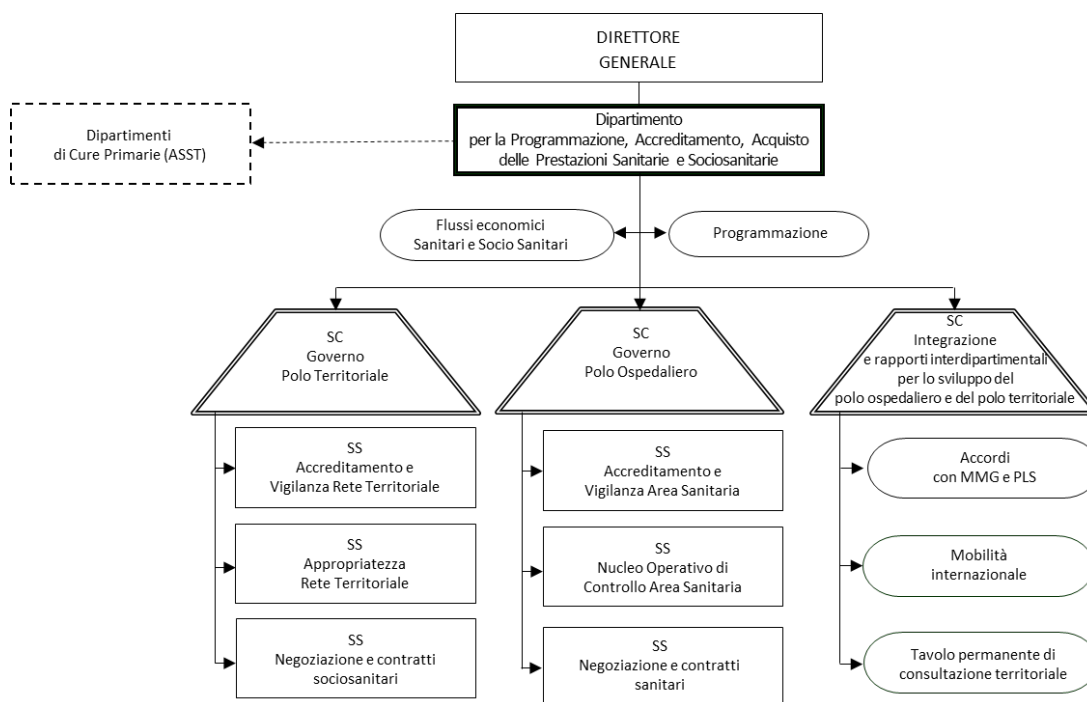
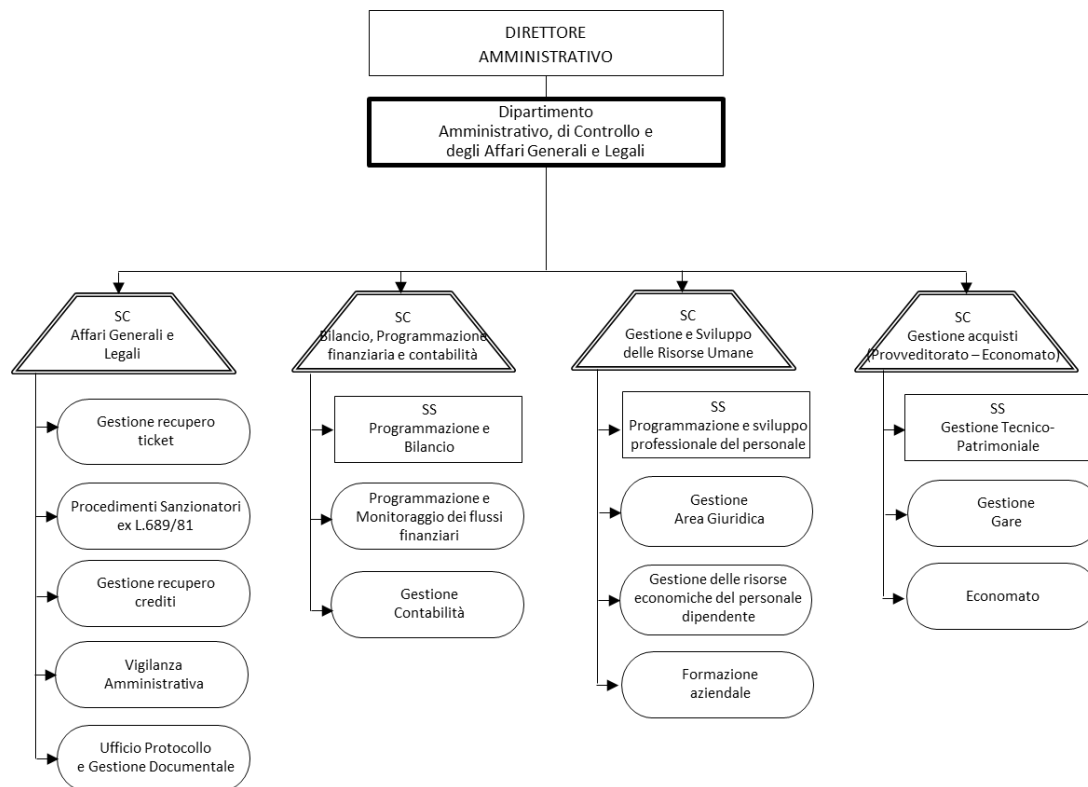
Con DGR n. XII/3751 del 30/12/2024, la Giunta di Regione Lombardia ha provveduto a conferire al dott. Stefano Manfredi l'incarico di Direttore Generale dell'ATS della Val Padana per il triennio 2025-2027. Con successivi decreti del Direttore Generale sono stati conferiti gli incarichi di:

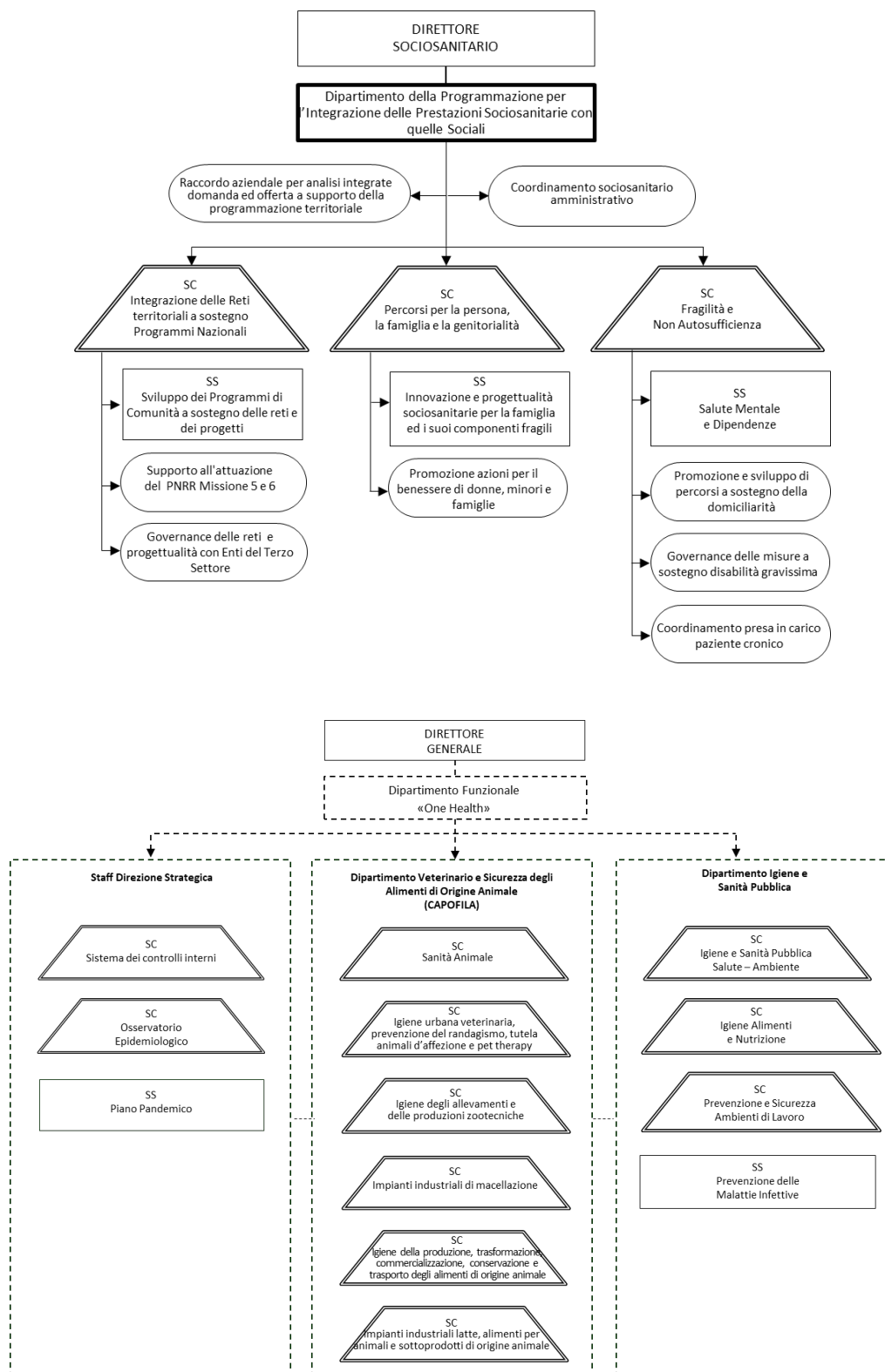
- Direttore Amministrativo, al dott. Gianluca Bracchi (decreto n. 2/2025);
- Direttore Sanitario, al Dott. Piero Superbi (decreto n. 4/2024);
- Direttore Socio Sanitario, al Dott. Diego Maltagliati (decreto n. 3/2024).



² Con DGR n. XII/3229 del 21/10/2024 Regione Lombardia ha approvato l'aggiornamento 2024 al POAS 2022-2024 dell'ATS della Val Padana. Tale DGR è stata recepita con deliberazione ATS n. 466 del 25/10/2024.







oltre a due Dipartimenti interaziendali funzionali, Oncologico e di Cure Palliative.

1.3.1.1 Le risorse

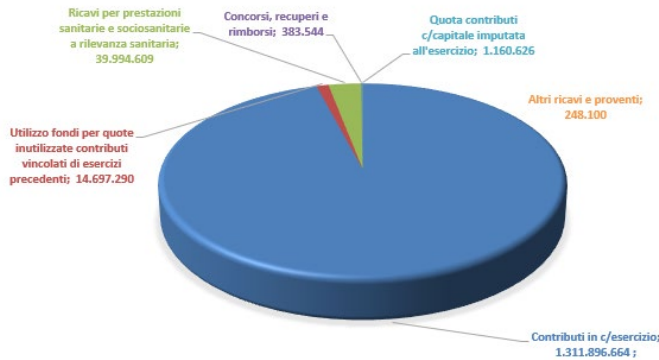
La descrizione del contesto interno dell'ATS si completa con i dati sulla dotazione di personale assegnato alla data 31/12/2024 e con le informazioni essenziali sui dati di bilancio, di cui si riportano i dati del bilancio preventivo economico 2025.

DIPENDENTI ATS VAL PADANA AL 31/12/2024

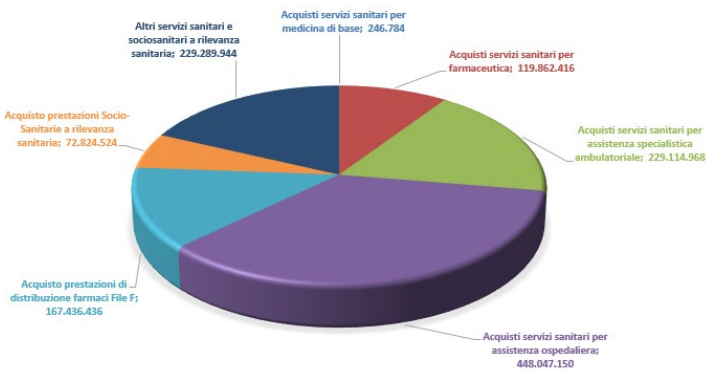
	Sede terr. Cremona	Sede terr. Mantova	ATS Val Padana
RUOLO SANITARIO	203	226	429
Comparto sanitario	116	115	231
Dirigenza medica	9	10	19
Dirigenza veterinaria	68	89	157
Dirigenza sanitaria	4	9	13
Dirigenza delle professioni sanitarie	6	3	9
RUOLO SOCIO-SANITARIO	5	4	9
Comparto socio-sanitario	5	4	9
RUOLO TECNICO	25	23	48
Comparto tecnico	22	22	44
Dirigenza tecnica	3	1	4
RUOLO PROFESSIONALE	2	2	4
Dirigenza professionale	2	2	4
RUOLO AMMINISTRATIVO	85	99	184
Comparto amministrativo	77	94	171
Dirigenza amministrativo	8	5	13
TOTALE COMPLESSIVO	320	354	674

Dai dati di cui al [Bilancio preventivo - anno 2025](#) adottato dall'ATS della Val Padana con delibera n. 549 del 20/12/2024, "APPROVAZIONE BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNO 2025 ATS VAL PADANA", pubblicato e consultabile sul sito web dell'Agenzia nella sezione [Amministrazione Trasparente > Bilanci > Bilancio preventivo 2025](#); si riportano le seguenti elaborazioni grafiche, significative a completare il quadro di contesto della ATS quale Agenzia di Programmazione, Acquisto (di prestazioni sanitarie da erogatori esterni) e Controllo.

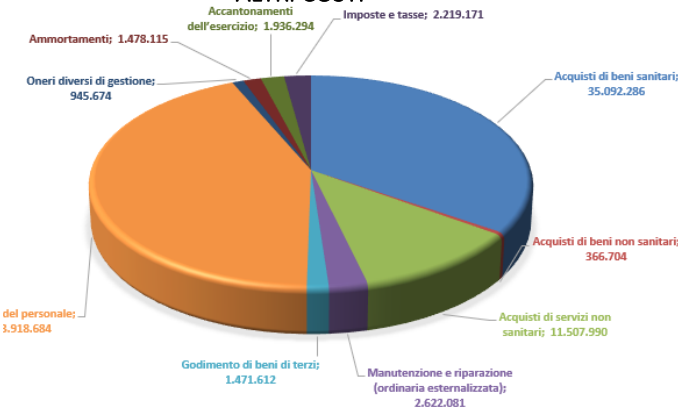
VALORE DELLA PRODUZIONE



ACQUISTO SERVIZI SANITARI



ALTRI COSTI



Contesto interno: indicatori di rischio

Per l'anno 2024 sono stati monitorati i seguenti indicatori relativi al settore degli appalti:

- Percentuale di procedure con unica offerta sul totale degli affidamenti: 4,17%
- Percentuale di procedure con importo sotto-soglia dell'affidamento diretto sul totale (140.000 euro): 95,45%
- Percentuale di procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di gara nel caso di forniture e servizi infungibili e/o esclusivi, ai sensi dell'articolo 76 c. 2 lett. b) del D.Lgs. 36/2023 sul totale delle procedure negoziate: 45%
- Percentuale di varianti consentite (fino al 20% del valore contrattuale) sul totale delle procedure: 0%
- Percentuale di verifiche relative alla corretta esecuzione dei contratti di servizi e forniture e lavori sul totale delle esecuzioni dei contratti: 100%
- Percentuale di ricorsi sul totale delle aggiudicazioni: 0%

Tali dati devono essere letti in correlazione con il "Rendiconto acquisti 2024" che evidenzia i costi suddivisi per tipologia di gara:

DESCRIZIONE CONTO NI_TOT*	VALORE IV CET 2024	Acquisti attraverso CONSIP	Acquisti attraverso A.R.I.A.	Acquisti gare aggregate cons./un.	Servizi in Concessione	Acquisti autonomi
B.1.A) Acquisti di beni sanitari	€ 32.225.321	-	€ 31.945.861	€ 143.641	-	€ 135.819
B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	€ 515.245	€ 183.230	€ 32.224	€ 182.271	-	€ 117.520
B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica	€ 11.201.838	-	€ 5.993.275	-	-	€ 5.208.563
B.2.A.10) Acquisto prestazioni trasporto sanitari	€ 3.881.635	-	-	-	-	€ 3.881.635
B.2.A.14) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	-	-	-	-	-	-
B.2.B.1) Servizi non sanitari	€ 9.650.865	€ 2.555.954	€ 2.832.532	€ 1.548.270	-	€ 2.714.109
B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie	€ 213.452	-	€ 134.162	-	-	€ 79.290
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	€ 2.476.435	€ 229.230	€ 1.535.302	€ 15.947	-	€ 695.956
B.4) Godimento di beni di terzi	€ 1.462.270	€ 474.101	€ 281.210	€ 188.846	-	€ 518.113
Totale acquisti beni e servizi	€ 61.627.061	€ 3.442.515	€ 42.754.566	€ 2.078.975	-	€ 13.351.005

	VALORE IV CET 2024	Acquisti attraverso CONSIP	Acquisti attraverso A.R.C.A.	Acquisti gare aggregate cons./un.	Servizi in Concessione	Acquisti autonomi
% Acquisti di beni e servizi per tipologia di acquisizione	100%	6%	77%	4%	0%	13%
* Si intende la somma dei sezionali SAN.TER.RIC.118 dove presenti						

1.3.1.2 Il Patrimonio

Il patrimonio dell'ATS è costituito da tutti i beni mobili e immobili presenti nel libro cespiti previsto ai sensi della normativa vigente, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o in seguito ad atti di liberalità.

Più precisamente sono afferiti al patrimonio dell'ATS cespiti immobiliari provenienti dalle disciolte ASL di Cremona e di Mantova e assegnati con Decreti Regionali n. 11988/15, n. 5202/2016, n. 17875/2018 e n. 5152/2020.

L'ATS dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili e immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile, e pertanto non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

L'ATS riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa la necessaria autorizzazione regionale.

L'Agenzia ha attivato un processo di razionalizzazione dell'uso degli spazi e delle risorse secondo il modello gestionale ed organizzativo definito.

Tutte le informazioni relative al patrimonio dell'ATS della Val Padana sono pubblicate sul sito web istituzionale, nella sezione [Amministrazione Trasparente \ Beni Immobili e Gestione del Patrimonio](#).

2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore Pubblico

2.1.1 Mission e Vision

In coerenza con il mandato istituzionale sopra riportato e con il proprio contesto esterno/interno di riferimento, l'ATS della Val Padana ha provveduto a declinare la propria *mission*, che rappresenta l'impegno di valore pubblico che l'Agenzia si prefigge di perseguire.

La mission, formalizzata attraverso la Politica per la Qualità aziendale prevede quanto segue:

L'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Val Padana intende esercitare le funzioni di governance del sistema agendo quale garante della tutela della salute e della sicurezza dei cittadini, assicurando livelli uniformi di assistenza e il perseguimento di obiettivi di salute, attraverso l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, nel rispetto del principio di libera scelta e di sussidiarietà, per la creazione di valore pubblico a beneficio della comunità di riferimento.

Per la realizzazione della *mission* – focalizzata prevalentemente sulla dimensione della tutela della salute - , sono declinati gli obiettivi di Valore Pubblico, individuati in relazione alle seguenti linee strategiche di attività:

- Governo della domanda e dell'offerta;
- Accessibilità;
- Promozione della salute e prevenzione sanitaria primaria e secondaria;
- Prevenzione veterinaria e sicurezza degli alimenti di origine animale.

Nelle schede riportate a seguire, sono rappresentate le strategie che l'Agenzia attua per la creazione di Valore Pubblico ed è evidenziato il collegamento con gli obiettivi di performance (sottosezione + Performance), di prevenzione della corruzione e trasparenza (sottosezione - Rischi) e di salute dell'organizzazione (sottosezione Organizzazione e Capitale Umano).

Vale evidenziare che il Valore Pubblico è stato individuato in riferimento al Nuovo Sistema di Garanzia e agli strumenti di misurazione codificati a livello regionale / nazionale (PNE, Network delle Regioni), oltre agli obiettivi di mandato dei Direttori Generali, nel perimetro delle Regole di Sistema definite da Regione Lombardia e del Piano Sociosanitario Lombardo.

Gli obiettivi individuati a creazione / protezione del Valore Pubblico – elencati nelle sottosezioni di ogni scheda di valore pubblico - sono declinati annualmente ed assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budget, unitamente a tutti gli altri obiettivi derivanti dalla normativa nazionale, regionale o da esigenze aziendali, che l'Agenzia definisce e persegue e che, pur non essendo esplicitati nelle schede di valore pubblico, concorrono indirettamente alla creazione dello stesso.

Considerate le specificità dell'ambito della sanità (rispetto ad altre amministrazioni) e il grado di complessità del sistema, la riforma introdotta dal PIAO nei sistemi di programmazione e controllo richiederà un adeguamento progressivo e graduale come già anticipato in premessa; il presente documento costituisce pertanto una prima occasione di applicazione dei principi ispiratori del PIAO, che potrà essere arricchito e perfezionato nel prossimo periodo.

In tal senso, sarà fondamentale accompagnare e sostenere questo percorso attraverso momenti di formazione e informazioni, per la diffusione di una nuova cultura della programmazione.

2.1.2 Gli obiettivi di Valore Pubblico

Linea strategica di attività GOVERNO DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA							
VP.01 Valore pubblico atteso	Migliorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta ai bisogni sanitari e socio-sanitari dei cittadini, attraverso il potenziamento delle azioni e degli strumenti per il governo della domanda e l'assicurazione dell'adeguatezza della rete d'offerta rispetto all'andamento dinamico dei fabbisogni sul territorio (+appropriatezza; + benessere sanitario; - inefficienza + efficacia)						
Strategia	Promuovere lo sviluppo della rete dei servizi sanitari e sociosanitari e la loro integrazione con quelli sociali, il potenziamento della medicina territoriale e la partecipazione di tutti i soggetti pubblici e privati che concorrono alla realizzazione del sistema di welfare (Enti Erogatori, Soggetti Gestori, MMG – PLS - MCA, Farmacie, Enti Locali, Associazioni, ...), nel rispetto dei principi di libera scelta dei cittadini e di sussidiarietà secondo la strategia della New Public Governance						
Indicatori	Descrizione	Dimensione	Valore di partenza (baseline)	Target	2025	2026	2027
VP.01 – IND.01	H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente	Efficienza nell'erogazione Appropriatezza organizzativa	98,00 PGR – Network delle Regioni 2021	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (160/1000)			
VP.01_IND.02	H02Z – Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui	Efficienza nell'erogazione Appropriatezza organizzativa	71% PGR – Esito Somma di tutte le strutture del territorio 2021	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (150 – 10% tolleranza)			
VP.01 – IND.03	H04Z – Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Efficienza nell'erogazione Appropriatezza organizzativa	0,08 PGR – Appropriatezza Somma di tutte le strutture del territorio 2021	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (mediana e terzo quartile distribuzione reg.le dell'ultimo anno disponibile)			
VP.01_IND.04	H05Z – Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Efficienza nell'erogazione Appropriatezza organizzativa	77% PGR – Appropriatezza Somma di tutte le strutture del territorio 2021	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (≥ 70%)			
VP.01_IND.05	H13C – Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Efficacia Appropriatezza clinica	61% PGR – Appropriatezza Somma di tutte le strutture del territorio 2021	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (≥ 60%)			
VP.01_IND.06	H17C/H18C – Percentuale di parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1.000 parti e Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti	Efficacia Appropriatezza clinica Sicurezza	17% PGR – Appropriatezza Somma di tutte le strutture del territorio 2021	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (H017C: ≤ 15%; H18C: ≤ 25%)			

Sottosezione + PERFORMANCE VP.01				
Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Target 2025	Responsabilità
Attuazione del Piano Integrato Socio Sanitario Lombardo (<i>obiettivo di mandato</i>)	Realizzazione delle progettualità assegnate da Regione Lombardia, nell'ambito del PSSR	Raggiungimento degli obiettivi pianificati	100% rispetto target definito da R.L.	Tutte le articolazioni aziendali
Riordino della rete d'offerta del territorio con particolare riferimento al sistema di emergenza – urgenza e delle reti clinico organizzative (<i>obiettivo di mandato</i>)	Conseguire gli obiettivi in attuazione degli indirizzi regionali, anche in riferimento alla Legge Regionale di Riforma Sanitaria e al Piano Integrato Socio Sanitario Lombardo (PSSR)	Raggiungimento degli obiettivi pianificati	100% rispetto target definito da R.L.	Tutte le articolazioni aziendali
Attuazione controlli sulle strutture sanitarie	Esecuzione dei controlli sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Rispetto del Piano Aziendale Controlli secondo il target definito da Regione Lombardia	100% rispetto Piano Aziendale dei Controlli	Dipartimento Programmazione, Accredитamento, Acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie
Attuazione controlli sulle strutture sanitarie	Esecuzione dei controlli sulle prestazioni di ricovero e cura	Rispetto del Piano Aziendale Controlli secondo il target definito da Regione Lombardia	100% rispetto Piano Aziendale dei Controlli	Dipartimento Programmazione, Accredитamento, Acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie
Attuazione controlli di appropriatezza sulle unità d'offerta socio-sanitarie	Esecuzione dei controlli di appropriatezza	Rispetto del Piano Aziendale Controlli secondo il target definito da Regione Lombardia	100% rispetto Piano Aziendale dei Controlli	Dipartimento Programmazione, Accredитamento, Acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie
Attuazione controlli di vigilanza sulle unità d'offerta socio-sanitarie	Esecuzione dei controlli di vigilanza	Rispetto del Piano Aziendale Controlli secondo il target definito da Regione Lombardia	100% rispetto Piano Aziendale dei Controlli	Dipartimento Programmazione, Accredитamento, Acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie
Attuazione controlli nell'ambito del Servizio Farmaceutico	Esecuzione dei controlli previsti per farmacie, parafarmacie e grossisti	Rispetto del Piano Aziendale Controlli secondo il target definito da Regione Lombardia	100% rispetto Piano Aziendale dei Controlli	SC Servizio Farmaceutico

Sottosezione – RISCHI (Anticorruzione e Trasparenza) VP.01				
Tipologia Misura	Obiettivo	Target 2025	Responsabile	Tempistiche
Controllo	Verifica dei requisiti soggettivi (per l'accesso ai contratti sanitari e sociosanitari), come da relativi indicatori e percentuali di campionamento definite nel Piano dei Controlli di ACSS (Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo)	Rispetto del target definito nella griglia delle misure di prevenzione di cui all'all. 4 "Programmazione delle misure di prevenzione".	Direttore Dipartimento PAAPSS	31/12
Controllo	Trasparenza ed efficacia dei controlli in ambito sanitario e sociosanitario		Direttore Dipartimento PAAPSS	31/12
Semplificazione dell'organizzazione e dei processi	Utilizzo check list standard per l'effettuazione dei controlli in area sanitaria e territoriale		Direttore Dipartimento PAAPSS	31/12
Disciplina del conflitto di interessi	Evidenza della gestione delle situazioni di conflitto di interesse		Dirigenti Responsabili	< 31/12
Rotazione	Applicazione delle misure di rotazione		Referenti del RPCT	I semestre < 30/06 II semestre < 31/12

Sottosezione + SALUTE ORGANIZZATIVA (Organizzazione e Capitale Umano) VP.01					
ORGANIZZAZIONE	Obiettivo Strategico	Indicatore	Target 2025	Responsabile	Tempistiche
	Registro dei trattamenti privacy	Aggiornamento del registro dei trattamenti privacy nell'applicativo aziendale	100%	SC AGL Tutte le strutture	31/12
	Dematerializzazione del fascicolo del dipendente	Gestione informatizzata del fascicolo del dipendente	100%	SC GSRU	31/12
FABBISOGNO DEL PERSONALE					
	Favorire i livelli adeguati di personale sanitario e non, in coerenza al Piano triennale dei Fabbisogni di ATS Val Padana	Perseguimento delle azioni previste per il recupero del turnover	Azioni previste / personale cessato =100%	SC GSRU	31/12
FORMAZIONE					
	Promuovere formazione specialistica sugli aggiornamenti normativi di settore	Realizzazione eventi declinati nel Piano di Formazione Aziendale annuale	Rispetto delle % di realizzazione definite dal Sistema di Accredimento ECM/CPD.	Ufficio Formazione Aziendale	31/12
	Sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali per il personale previste dal PNRR (PNRR – M6 C2 Sub-Misura 1.2.2)	Realizzazione eventi previsti dal PNRR di cui alla DGR XII/3720/2024)	100%	Ufficio Formazione Aziendale	31/12
LAVORO AGILE					
	Incentivare l'evoluzione degli standard lavorativi superando la modalità ordinaria e favorendo un approccio al lavoro in forme cooperate da remoto o asincrone, improntate al raggiungimento di obiettivi specifici.	Sviluppo del lavoro agile per i profili professionali e le mansioni attinenti	Istanze autorizzate/istanze processate =100%	SC GSRU	31/12

Linea strategica di attività ACCESSIBILITÀ							
VP.02 Valore pubblico atteso	Assicurare il soddisfacimento dei bisogni sanitari e sociosanitari delle persone, in particolare quelle affette da patologie croniche e/o in condizioni di fragilità, attraverso lo sviluppo ed il consolidamento di percorsi e modelli innovativi e strutturati per la pianificazione dell'accesso ai servizi e l'appropriatezza delle prestazioni erogate (- tempi di attesa + servizi di prossimità + benessere sociale + benessere sanitario)						
Strategia	Supportare il potenziamento dell'assistenza territoriale tramite azioni di governance finalizzate ad allineare i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti rafforzando le strutture, i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari, mediante l'adeguamento strutturale e la riorganizzazione di strutture e servizi già attivi nel territorio, la promozione di approcci innovativi (<i>transitional care</i>) e di un modello di <i>welfare</i> sussidiario e partecipato, anche in sinergia con gli Enti locali, il volontariato e il Terzo Settore e gli attori del sistema						
Indicatori	Descrizione	Dimensione	Valore di partenza (baseline)	Target	2025	2026	2027
VP.02_IND.01	D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Efficienza Appropriatezza	73,24 PGR – Network delle Regioni	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (≥ 60% - a tendere 90%)			
VP.02_IND.02	D22Z - Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Appropriatezza	CIA 1: 3,05 CIA 1: 4,22 CIA 1: 1,63 PGR – Network delle Regioni	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (soglia determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento)			
VP.02_IND.03	D33Z - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale / semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	Efficienza Appropriatezza organizzativa	13,90 PGR – Network delle Regioni	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (soglia determinata in modo empirico sulla base delle distribuzioni dei dati dell'anno di riferimento)			
VP.02_IND.04	Attivazione sul territorio di Case della Comunità e Ospedali di Comunità nel rispetto degli obiettivi regionali	Efficienza Appropriatezza organizzativa	Stato di avanzamento delle attività previste nel cronoprogramma di attuazione	% di realizzazione del cronoprogramma: 100%			
VP.02_IND.05	Programmazione integrata interventi sociosanitari: dimissioni protette	Equità Accessibilità	n.a.	Promozione accordi per dimissioni protette integrate ASST/Ambiti			

Sottosezione + PERFORMANCE VP.02				
Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Target 2025	Responsabilità
Attuazione del Piano Integrato Socio Sanitario Lombardo (<i>obiettivo di mandato</i>)	Realizzazione delle progettualità assegnate da Regione Lombardia, nell'ambito del PSSR	Raggiungimento degli obiettivi pianificati	100% rispetto target definito da R.L.	Tutte le articolazioni aziendali
Contenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni (<i>obiettivo di mandato</i>)	Conseguire gli obiettivi in attuazione degli indirizzi regionali	Rispetto delle indicazioni e dei target regionali	100% rispetto target regionale	Dipartimento Programmazione, Accredитamento, Acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie
Messa a regime del CUP unico regionale (<i>obiettivo di mandato</i>)	Conseguire gli obiettivi in attuazione degli indirizzi regionali	Rispetto delle indicazioni e dei target regionali	100% rispetto target regionale	Dipartimento Programmazione, Accredитamento, Acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie
Attuazione delle progettualità previste dal PNRR	Realizzazione delle progettualità assegnate dall'Assessorato al Welfare di Regione Lombardia	Raggiungimento degli obiettivi pianificati	100% rispetto target definito da R.L.	Tutte le articolazioni aziendali
Attuazione L.R. 22/21	Attivazione CDC e ODC	Monitoraggio del rispetto del cronoprogramma di attuazione delle CDC e ODC	100% rispetto cronoprogramma di attuazione CDC e ODC	Dipartimento Programmazione, Accredитamento, Acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie
Sviluppo programmazione integrata Ambiti e ASST	Sviluppo della programmazione dei Piani di Zona (PDZ) con i nuovi Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT)	Rispetto delle indicazioni e dei target regionali	100% rispetto target regionale	Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali
Assistenza domiciliare	Aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare della popolazione di età superiore ai 65 anni	Monitoraggio dell'incremento della presa in carico da parte delle 3 ASST del territorio in base al target regionale	100% rispetto target regionale	Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali
Farmacia dei servizi	Prosecuzione dei servizi già avviati sul territorio in presenza di indicazioni da parte di R.L.	Garanzia dell'implementazione dei servizi individuati da RL. a carico del SSR	100% implementazione dei servizi individuati da R.L.	SC Farmaceutico
Vendita farmaci on line	Verifica dei requisiti necessari per la vendita dei farmaci on-line da parte delle farmacie del territorio	Controlli ed ispezioni on site delle farmacie/parafarmacie autorizzate alla vendita on line	100% esecuzione controlli	SC Farmaceutico

Sottosezione – RISCHI (Anticorruzione e Trasparenza) VP.02				
Tipologia Misura	Obiettivo	Target 2025	Responsabile	Tempistiche
Regolazione rapporti contrattuali	Monitoraggio pubblicazione tempi di attesa	Rispetto del target definito nella griglia delle misure di prevenzione di cui all'all. 4 "Programmazione delle misure di prevenzione".	Direttore Dipartimento PAAPSS	31/12
Regolazione rapporti contrattuali	Verifica del rispetto della normativa sui tempi di attesa sul territorio dell'ATS Val Padana		Direttore Dipartimento PAAPSS	31/12
Regolazione rapporti contrattuali	Monitoraggio sul rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 33/2013 e LL.GG. ANAC in capo agli enti privati accreditati a contratto		Direttore Dipartimento PAAPSS	31/12
Semplificazione dell'organizzazione e dei processi	Utilizzo check list standard per l'effettuazione dei controlli in area sanitaria e territoriale		Direttore Dipartimento PAAPSS	31/12
Controllo	Verifica dei requisiti soggettivi (per l'accesso ai contratti sanitari e sociosanitari), come da relativi indicatori e percentuali di campionamento definite nel Piano dei Controlli di ACSS (Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo)		Direttore Dipartimento PAAPSS	31/12
Controllo	Trasparenza ed efficacia dei controlli in ambito sanitario e sociosanitario		Direttore Dipartimento PAAPSS	31/12
Semplificazione dell'organizzazione e dei processi	Utilizzo check list standard per l'effettuazione dei controlli in area sanitaria e territoriale		Direttore Dipartimento PAAPSS	31/12
Disciplina del conflitto di interessi	Evidenza della gestione delle situazioni di conflitto di interesse		Dirigenti Responsabili	< 31/12
Rotazione	Applicazione delle misure di rotazione		Referenti del RPCT	I semestre < 30/06 II semestre < 31/12

Sottosezione + SALUTE ORGANIZZATIVA (Organizzazione e Capitale Umano) VP.02					
ORGANIZZAZIONE	Obiettivo Strategico	Indicatore	Target 2025	Responsabile	Tempistiche
	Registro dei trattamenti privacy	Aggiornamento del registro dei trattamenti privacy nell'applicativo aziendale	100%	SC AGL Tutte le strutture	31/12
	Dematerializzazione del fascicolo del dipendente	Gestione informatizzata del fascicolo del dipendente	100%	SC GSRU	31/12
FABBISOGNO DEL PERSONALE					
	Favorire i livelli adeguati di personale sanitario e non, in coerenza al Piano triennale dei Fabbisogni di ATS Val Padana	Perseguimento delle azioni previste per il recupero del turnover	Azioni previste / personale cessato =100%	SC GSRU	31/12
FORMAZIONE					
	Promuovere formazione specialistica sugli aggiornamenti normativi di settore	Realizzazione eventi declinati nel Piano di Formazione Aziendale annuale	Rispetto delle % di realizzazione definite dal Sistema di Accredimento ECM/CPD.	Ufficio Formazione Aziendale	31/12
	Sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali per il personale previste dal PNRR (PNRR – M6 C2 Sub-Misura 1.2.2)	Realizzazione eventi previsti dal PNRR di cui alla DGR XII/3720/2024)	100%	Ufficio Formazione Aziendale	31/12
LAVORO AGILE					
	Incentivare l'evoluzione degli standard lavorativi superando la modalità ordinaria e favorendo un approccio al lavoro in forme cooperate da remoto o asincrone, improntate al raggiungimento di obiettivi specifici.	Sviluppo del lavoro agile per i profili professionali e le mansioni attinenti	Istanze autorizzate/istanze processate =100%	SC GSRU	31/12

Linea strategica di attività PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE SANITARIA PRIMARIA E SECONDARIA							
VP.03 Valore pubblico atteso	Diffondere la cultura della promozione della salute e del benessere, della prevenzione e della tutela della salute pubblica, della sicurezza dei lavoratori e dell'ambiente (+ benessere sociale + benessere ambientale + benessere sanitario + sicurezza alimentare – tossicità a lungo termine)						
Strategia	Diffondere la cultura della promozione della salute e del benessere e della prevenzione, anche attraverso lo sviluppo di partnership intersettoriali e programmi di empowerment di comunità (persone, imprese, istituzioni) anche per il tramite dei Distretti e l'adozione di modelli di intervento integrati multidisciplinari						
Indicatori	Descrizione	Dimensione	Valore di partenza (baseline)	Target	2025	2026	2027
VP.03_IND.01	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Accessibilità Equità	97,57% PGR – Network delle Regioni 2021	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (≥ 95%)			
VP.03_IND.02	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Accessibilità Equità	96,48% PGR – Network delle Regioni 2021	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (≥ 95%)			
VP.03_IND.03	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.	Efficienza Equità	100% (anno 2021)	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (100%)			
VP.03_IND.04	P15Ca - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Accessibilità Equità	43% (dato anno 2019)	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (50%)			
VP.03_IND.05	P15Cb - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Accessibilità Equità	59% (dato anno 2019)	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (60%)			
VP.03_IND.06	P15Cc - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Accessibilità Equità	46% (dato anno 2019)	Rispetto del valore soglia previsto dal NSG (50%)			

Linea strategica di attività PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE SANITARIA PRIMARIA E SECONDARIA							
VP.03 Valore pubblico atteso	Diffondere la cultura della promozione della salute e del benessere, della prevenzione e della tutela della salute pubblica, della sicurezza dei lavoratori e dell'ambiente (+ benessere sociale + benessere ambientale + benessere sanitario + sicurezza alimentare – tossicità a lungo termine)						
Indicatori	Descrizione	Dimensione	Valore di partenza (baseline)	Target	2025 ●●●●	2026 ●●●●	2027 ●●●●
VP.03_IND.07	Potenziamento, in stretta sinergia con le ASST territoriali e per il tramite dei Laboratori permanenti per la Promozione dell'attività fisica e del movimento ATS/ASST, dell'offerta AFA/EFA proposta a livello comunale e la geolocalizzazione della stessa sul sito aziendale ATS	Accessibilità	Laboratori ATS/ASST presenti = n. 4 (1 ATS; 1 in ogni ASST al 31/12/2024)	Per l'anno 2025: attuazione delle indicazioni regionali			
VP.03_IND.08	Sviluppo del programma "Gruppi di cammino" e delle iniziative per l'incentivazione di attività fisica e movimento, con il coinvolgimento dell'associazionismo sportivo	Accessibilità	n. Comuni attivati = n. 110/177 (dato al 31/12/2024)	Per l'anno 2025: attuazione delle indicazioni regionali			
VP.03_IND.09	Potenziamento della Rete dei Luoghi di Lavoro che promuovo la salute attraverso la promozione dell'adesione al Programma WHP (incremento del numero di aziende che aderiscono alla Rete Locale)	Accessibilità	n. aziende aderenti alla Rete locale = 204 (dato al 31/12/2024)	Per l'anno 2025: attuazione delle indicazioni regionali			
VP.03_IND.10	Contrasto al fenomeno infortunistico negli ambienti di lavoro	Equità	n. Piani Mirati implementati nell'anno: 2023 = 2 2024 = 3	Per l'anno 2025: attivazione / implementazione di Piani Mirati nel rispetto delle indicazioni regionali (n. 7)			

Sottosezione + PERFORMANCE VP.03				
Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Target 2025	Responsabilità
Attuazione del Piano Integrato Socio Sanitario Lombardo (<i>obiettivo di mandato</i>)	Realizzazione delle progettualità assegnate da Regione Lombardia, nell'ambito del PSSR	Raggiungimento degli obiettivi pianificati	100% rispetto target definito da R.L.	Tutte le articolazioni aziendali
Infortuni sul lavoro – Prevenzione Sicurezza Ambienti di lavoro	Incrementare l'attività di controllo nelle imprese, realizzando un maggior numero di ispezioni nei cantieri a maggior rischio attraverso ispezioni ed interventi	Effettuazione dei controlli previsti nel Piano Integrato Controlli (PIC)	100% rispetto programmazione PIC	Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
Vaccinazioni	Governo dell'offerta vaccinale	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare	100% rispetto target regionale	Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
Consolidamento campagne di prevenzione oncologica	Garantire l'offerta prevista per gli screening oncologici in fascia LEA	Rispetto dei target indicati dalla Direzione Generale Welfare	100% rispetto target regionale	Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
Piano Pandemico Influenzale	Operatività della declinazione locale del Piano Pandemico Influenzale	Monitoraggio, aggiornamento ed attuazione del Piano Pandemico Influenzale, nel rispetto delle indicazioni regionali	100% rispetto attività programmata	Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
Sicurezza degli alimenti di origine non animale e tutela del consumatore	Esecuzione dei Controlli ufficiali per la sicurezza alimentare nel rispetto degli standard regionali	Verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali nel rispetto della programmazione del Piano Integrato Controlli (PIC)	100% rispetto programmazione PIC	Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
Promozione di stili di vita sani	Implementazione e sviluppo delle attività di promozione di stili di vita sani nei setting scuola, luoghi di lavoro, Comunità Locali e SSR	Approvazione e attuazione del Piano Integrato Locale Promozione della Salute (PIL)	100% rispetto PIL	Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
	Messa a regime della Piattaforma regionale "Survey Stili di vita" -	Compilazione del 100% delle Survey stili di vita da parte dei Servizi DIPS	100% rispetto alla richiesta regionale	Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
Salute e ambiente	Partecipazione alle attività individuate da R.L. nel Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 per la realizzazione del progetto "Ambiente, clima e salute".	Partecipazione ai tavoli tecnici regionali dedicati alla sorveglianza inquinamento atmosferico, valutazione impatto sanitario, amianto, igiene e Urban Health, sicurezza chimica, acque.	100% rispetto indicazioni regionali	Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria

Sottosezione – RISCHI (Anticorruzione e Trasparenza) VP.03				
Tipologia Misura	Obiettivo	Target 2025	Responsabile	Tempistiche
Rotazione	Applicazione delle misure di rotazione e delle misure “alternative” in grado di produrre effetti analoghi nello svolgimento dei controlli	Rispetto del target definito nella griglia delle misure di prevenzione di cui all’all. 4 “Programmazione delle misure di prevenzione”.	Referenti del RPCT	I semestre < 30/06 II semestre < 31/12
Disciplina del conflitto di interessi	Evidenza della gestione delle situazioni di conflitto di interesse		Dirigenti Responsabili	< 31/12
Semplificazione dell’organizzazione e dei processi	Informatizzazione del processo di assegnazione dei controlli agli operatori, nel rispetto dei criteri della rotazione		Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	< 31/12
Controllo	Supervisione documentale dei verbali per la verifica dell’efficacia dei controlli in ambito di prevenzione sanitaria in ambito SIAN, SISP e SPSAL		Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	< 31/12

Sottosezione + SALUTE ORGANIZZATIVA (Organizzazione e Capitale Umano) VP.03					
ORGANIZZAZIONE	Obiettivo Strategico	Indicatore	Target 2025	Responsabile	Tempistiche
	Registro dei trattamenti privacy	Aggiornamento del registro dei trattamenti privacy nell'applicativo aziendale	100%	SC AGL Tutte le strutture	31/12
	Dematerializzazione del fascicolo del dipendente	Gestione informatizzata del fascicolo del dipendente	100%	SC GSRU	31/12
FABBISOGNO DEL PERSONALE					
	Favorire i livelli adeguati di personale sanitario e non, in coerenza al Piano triennale dei Fabbisogni di ATS Val Padana	Perseguimento delle azioni previste per il recupero del turnover	Azioni previste / personale cessato =100%	SC GSRU	31/12
FORMAZIONE					
	Promuovere formazione specialistica sugli aggiornamenti normativi di settore	Realizzazione eventi declinati nel Piano di Formazione Aziendale annuale	Rispetto delle % di realizzazione definite dal Sistema di Accredimento ECM/CPD.	Ufficio Formazione Aziendale	31/12
	Sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali per il personale previste dal PNRR (PNRR – M6 C2 Sub-Misura 1.2.2)	Realizzazione eventi previsti dal PNRR di cui alla DGR XII/3720/2024)	100%	Ufficio Formazione Aziendale	31/12
LAVORO AGILE					
	Incentivare l'evoluzione degli standard lavorativi superando la modalità ordinaria e favorendo un approccio al lavoro in forme cooperate da remoto o asincrone, improntate al raggiungimento di obiettivi specifici.	Sviluppo del lavoro agile per i profili professionali e le mansioni attinenti	Istanze autorizzate/istanze processate =100%	SC GSRU	31/12

Linea strategica di attività PREVENZIONE VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE								
VP.04 Valore pubblico atteso	Perseguire nell’ottica “One Health” la tutela e promozione della salute pubblica e ambientale, la sicurezza alimentare, la salute e il benessere degli animali da reddito e da compagnia, favorire la sostenibilità delle produzioni agrozootecniche e supportare l’export (+ benessere economico + benessere sociale + benessere ambientale + benessere sanitario – antimicrobicoresistenza + tracciabilità – tossicità a lungo termine)							
Strategia	Adottare un approccio olistico secondo i modelli One Health e Urban Health – integrati, multidisciplinari e intersettoriali – nelle attività di prevenzione, per la tutela della salute pubblica, dell’ambiente e del benessere delle persone e degli animali, tenendo conto della stretta relazione tra la salute umana, la salute degli animali e dell’ambiente							
Indicatori	Descrizione	Dimensione	Valore di partenza (baseline)	Target	2025	2026	2027	
VP.04_IND.01	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.	Efficienza Equità	- aziende bovine controllate per anagrafe: 100% - aziende ovicaprine controllate per anagrafe: 100% - capi ovicapri controllati per anagrafe: 101% - aziende suine controllate per anagrafe: 100% - aziende equine controllate per anagrafe: 100% - allevamenti apistici controllati per anagrafe: 100% - esecuzione del PNAA: 100% - controlli di farmacosorveglianza veterinaria: 100% dati anno 2022	Rispetto del target definito nell’ambito della programmazione regionale e PIAPV (100%)				
VP.04_IND.02	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Efficienza Equità	- PNR: 100% - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari: 100% - controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari: 100%	Rispetto del target definito nell’ambito della programmazione regionale e PIAPV (100%)				
VP.04_IND.03	Riduzione utilizzo del farmaco in allevamento (bovini)	Efficacia	Media DDDA ATS anno 2021 = 5,49	Per l’anno 2025: Media 2025 < 2024 (=3,06)				
VP.04_IND.04	Mantenimento indennità per gli allevamenti del territorio (bonifica BRC-LEB-TBC)	Efficacia	100%	100%				

Sottosezione + PERFORMANCE VP.04				
Obiettivo	Risultato atteso	Indicatore	Target 2025	Responsabilità
Attuazione del Piano Integrato Socio Sanitario Lombardo (<i>obiettivo di mandato</i>)	Realizzazione delle progettualità assegnate da Regione Lombardia, nell'ambito del PSSR	Raggiungimento degli obiettivi pianificati	100% rispetto target definito da R.L.	Tutte le articolazioni aziendali
Benessere negli allevamenti	Assicurare sul territorio provinciale l'uniforme applicazione delle norme nazionali e regionali in materia di benessere animale	Attuazione dei controlli ufficiali nel rispetto della programmazione del Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria (PIAPV) 2025	100% rispetto del PIAPV 2025	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale
Contrasto al fenomeno della resistenza agli antimicrobici	Rafforzamento del sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario	Produzione report annuale per il triennio 2025-2027	Elaborazione del Report e pubblicazione in Amministrazione Trasparente	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale
Lotta emergenza epidemica	Mantenimento dello stato sanitario del patrimonio zootecnico	Attuazione di attività ufficiali nel rispetto della programmazione del Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria - (PIAPV) 2025	100% rispetto del PIAPV 2025	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale
Sicurezza alimentare	Esecuzione dei Controlli ufficiali per la sicurezza alimentare nel rispetto degli standard regionali	Verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali nel rispetto della programmazione del Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria - (PIAPV) 2025	100% rispetto del PIAPV 2025	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale

Sottosezione – RISCHI (Anticorruzione e Trasparenza) VP.04				
Tipologia Misura	Obiettivo	Target 2025	Responsabile	Tempistiche
Rotazione	Applicazione delle misure di rotazione e delle misure “alternative” in grado di produrre effetti analoghi nello svolgimento dei controlli	Rispetto del target definito nella griglia delle misure di prevenzione di cui all’all. 4 “Programmazione delle misure di prevenzione”.	Referenti del RPCT	I semestre < 30/06 II semestre < 31/12
Disciplina del conflitto di interessi	Evidenza della gestione delle situazioni di conflitto di interesse		Dirigenti Responsabili	< 31/12
Controllo	Supervisione dell'attività dei veterinari ufficiali		Direttore Dipartimento Veterinario	< 31/12
Controllo	Supervisione documentale dei verbali del controllo ufficiale per la verifica dell'efficacia dei controlli, secondo le procedure aziendali, in ambito veterinario		Direttore Dipartimento Veterinario	< 31/12
Semplificazione dell’organizzazione e dei processi	Utilizzo check list standard per l'effettuazione dei controlli nell'ambito del controllo ufficiale		Direttore Dipartimento Veterinario	< 31/12

Sottosezione + SALUTE ORGANIZZATIVA (Organizzazione e Capitale Umano) VP.04					
ORGANIZZAZIONE	Obiettivo Strategico	Indicatore	Target 2025	Responsabile	Tempistiche
	Registro dei trattamenti privacy	Aggiornamento del registro dei trattamenti privacy nell'applicativo aziendale	100%	SC AGL Tutte le strutture	31/12
	Dematerializzazione del fascicolo del dipendente	Gestione informatizzata del fascicolo del dipendente	100%	SC GSRU	31/12
FABBISOGNO DEL PERSONALE					
	Favorire i livelli adeguati di personale sanitario e non, in coerenza al Piano triennale dei Fabbisogni di ATS Val Padana	Perseguimento delle azioni previste per il recupero del turnover	Azioni previste / personale cessato =100%	SC GSRU	31/12
FORMAZIONE					
	Promuovere formazione specialistica sugli aggiornamenti normativi di settore	Realizzazione eventi declinati nel Piano di Formazione Aziendale annuale	Rispetto delle % di realizzazione definite dal Sistema di Accreditemento ECM/CPD.	Ufficio Formazione Aziendale	31/12
	Sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali per il personale (PNRR – M6 C2 sub-misura 1.2.2)	Realizzazione eventi previsti dal PNRR di cui alla DGR XII/3720/2024)	100%	Ufficio Formazione Aziendale	31/12
LAVORO AGILE					
	Incentivare l'evoluzione degli standard lavorativi superando la modalità ordinaria e favorendo un approccio al lavoro in forme cooperate da remoto o asincrone, improntate al raggiungimento di obiettivi specifici.	Sviluppo del lavoro agile per i profili professionali e le mansioni attinenti	Istanze autorizzate/istanze processate =100%	SC GSRU	31/12

2.1.3 Approccio per processi, efficienza, semplificazione e digitalizzazione, sostenibilità

Tra gli elementi più innovativi contenuti nell'art. 6 DL 80/2021, vi è l'attenzione ai processi aziendali ai fini della semplificazione dell'accessibilità.

L'approccio per processi è infatti riconosciuto dalla letteratura manageriale come più funzionale per la generazione di Valore Pubblico, in quanto consente di superare la frammentazione – sia delle attività, sia dell'organizzazione – che in passato ha caratterizzato le Pubbliche Amministrazioni.

Con il fine ultimo di fornire una risposta univoca ed omogenea ai bisogni del cittadino e degli stakeholder su tutto il territorio di competenza, favorendo al contempo il conseguimento degli obiettivi strategici ed operativi, la Direzione dell'ATS della Val Padana ha privilegiato una strategia fortemente improntata all'approccio per processi, attraverso l'implementazione di un Sistema di Gestione per la Qualità, conforme alla norma UNI EN ISO 9001, nell'ambito del quale sono state redatte procedure operative uniformi per tutti i processi erogati in tutto il territorio di competenza di ATS, con il correlato sistema di indicatori di efficacia e di efficienza (oggetto di monitoraggio periodico). Particolare attenzione è stata posta all'integrazione in un unico strumento, di tutti gli standard (altri rispetto alla norma ISO 9001) che l'Agenzia deve soddisfare, oltre che all'integrazione tra i vari strumenti di programmazione, di monitoraggio e di controllo.

Il Sistema è in continua evoluzione per rispondere alle nuove istanze sia derivanti dalla programmazione nazionale / regionale, sia espresse a livello territoriale.

Attualmente risultano disponibili in Agenzia circa:

- n. 250 processi mappati;
- n. 230 procedure codificate nell'ambito del Sistema Qualità (che, unitamente alla modulistica e istruzioni operative correlate porta a circa 900 il numero dei documenti gestiti in forma controllata).

A questi si aggiunge la regolamentazione interna che si compone di circa 70 regolamenti aziendali.

La presenza di un sistema così capillare di procedure / processi mappati – a superamento del più tradizionale concetto di procedimento amministrativo – ha consentito di effettuare nel tempo analisi organizzative e valutazione del rischio finalizzate ad aumentare l'efficienza e l'efficacia dell'azione dei servizi.

Una delle sfide che il PNRR, oggi, pone all'attenzione delle Pubbliche Amministrazioni è proprio quella della semplificazione in un'ottica sia di efficientamento, ma anche di facilitazione dell'accesso per l'utenza e di eliminazione di eventuali passaggi ridondanti.

Sul piano del monitoraggio dell'efficienza, si provvede annualmente al monitoraggio dei tempi procedurali, per valutare eventuali scostamenti rispetto agli standard dichiarati nella tabella "Attività e Procedimenti" pubblicata nella sezione [Amministrazione Trasparente \ Attività e Procedimenti](#), cui i cittadini possono liberamente accedere per avere tutte le informazioni di interesse relative alle attività poste in essere dall'Agenzia, alle modalità di svolgimento delle stesse e all'eventuale modulistica necessaria.

2.1.3.1 L'innovazione tecnologica e la digitalizzazione

Di assoluto rilievo è anche il tema della reingegnerizzazione dei processi, anche attraverso la dematerializzazione / digitalizzazione. Vale infatti ricordare che la semplificazione e la digitalizzazione costituiscono strumenti fondamentali per il miglioramento della performance (soprattutto in termini di efficientamento – con positiva ricaduta sui tempi procedurali - e di compliance agli standard) e per la riduzione del rischio del verificarsi di fenomeni corruttivi e/o di maladministration, in quanto aumentano la tracciabilità del processo decisionale e l'accountability, riducendo i margini di discrezionalità.

Anche nella progettazione delle iniziative per l'innovazione e la digitalizzazione, l'ATS della Val Padana pone una particolare attenzione non solo allo sviluppo organizzativo, ma anche agli utenti e agli stakeholder adottando un approccio client oriented, con la finalità di migliorare l'accessibilità ai servizi e alle informazioni.

Al riguardo, viene periodicamente aggiornata una mappatura incrociata dei processi aziendali e degli applicativi in uso per la gestione informatizzata delle attività; si veda al riguardo l'Allegato 1 "SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE" – Sez. "Mappatura dei processi digitalizzati". Ciò consente di individuare nuovi ambiti di digitalizzazione e

dematerializzazione, di concerto con i dirigenti delle strutture interessate e sulla base di eventuali istanze dei cittadini / stakeholder.

Gli interventi individuati vengono quindi sintetizzati nel Piano per la Digitalizzazione dei Processi (si veda l'Allegato 1 "SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE" – Sez. "Piano per la Digitalizzazione dei Processi"), che rappresenta l'impegno strategico per il triennio 2025-2027; il Piano è da intendersi come strumento dinamico, suscettibile di aggiornamento a fronte di indicazioni regionali e/o esigenze emergenti.

Applicativi già implementati quali il Datawarehouse (di cui è comunque in progetto la re-ingegnerizzazione con il passaggio ad una soluzione in cloud che consenta la gestione anche di dati non strutturati) l'applicativo per la gestione della contabilità Navision (in valutazione, comunque, la sostituzione completa di tutto l'ambito, con possibile adesione alla prospettata soluzione regionale) e l'applicativo per la gestione del patrimonio documentale Archiflow rendono il sistema integrato ed evoluto, in quanto consentono di gestire in forma digitale e standardizzata la maggior parte dei flussi di processo. Inoltre, si proseguirà il percorso per la piena digitalizzazione del fascicolo del dipendente; in un'ottica trasformativa il fascicolo del dipendente potrebbe essere implementato in modo digitale attraverso la standardizzazione dei nuovi documenti prodotti per ciascun dipendente affinché sia possibile utilizzare i dati in essi contenuti, lasciando alla logica documentale l'archiviazione dei documenti pdf con sistema di tag. Sarebbe così possibile la creazione di cruscotti per ciascun dipendente, utili anche a fini motivazionali, e la generazione in modalità automatica di curricula di dirigenti e incarichi di funzione, pubblicabili sul sito web dell'Agenzia in adempimento alla normativa sulla trasparenza.

Altri miglioramenti previsti per l'anno in corso riguarderanno l'utilizzo a regime dell'applicativo Santionibus per tutte le strutture che elevano sanzioni, in modo tale da garantire la tracciabilità del processo decisionale, standardizzando e rendendo trasparenti tutte le fasi del processo; l'applicativo già esteso alla SC Servizio Farmaceutico, al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria e al Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale, è stato reso operativo con la messa in opera per il Dipartimento PAAPSS.

Sono stati inoltre adottati sistemi di Business Intelligence per produrre cruscotti per il monitoraggio della pandemia, dei tempi d'attesa e i profili di salute della popolazione residente; strumenti di questo tipo potrebbero essere impiegati in modo capillare anche in tutti i servizi amministrativi dell'Agenzia.

È programmato inoltre, nel prossimo biennio, il passaggio in cloud (Cloud AWS di ARIA s.p.a.) dei servizi applicativi principali (non dei servizi "tecnici") in ottemperanza alla normativa nazionale. Nel corso del 2024 sono stati già migrati in tale modalità gli ambienti DSP Flux e Autorizzazioni Psichiatria. Si prevede quindi di proseguire con la migrazione almeno per gli ambienti seguenti: Sito Internet, Archiflow (Protocollo, Gestione Documentale), Screening.

Si intende inoltre proseguire con la diffusione della "Firma Remota" come nuova modalità di autenticazione e di firma, in sostituzione dell'utilizzo delle carte operatore SISS (il che consentirà una semplificazione di utilizzo dei servizi regionali che saranno usufruibili tramite Internet e quindi, previa autorizzazione, da ogni postazione di lavoro).

Si prevede infine di continuare a perseguire le indicazioni regionali in tema di cybersecurity, con progressivo innalzamento dei livelli di sicurezza (in particolare con la introduzione di sistemi di Privileged Access Management (PAM)).

2.1.3.2 PNRR, efficientamento energetico e sostenibilità

In coerenza con il proprio mandato istituzionale e con la propria mission, l'ATS pone particolare attenzione all'attuazione di strategie gestionali ispirate a criteri di sostenibilità ed efficientamento energetico. Tali temi assumono nel contesto attuale una particolare rilevanza e sono declinati in specifiche azioni, di cui si fornisce a seguire una sintetica rappresentazione.

- Nell'ambito del PNRR:
 - con i contributi PNC (Piano Nazionale Investimenti Complementari), approvato con DL 59/2021 - 1: "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima" per raggiungere le finalità del PNRR, sarà possibile ristrutturare una palazzina, ad oggi vuota, da adibire a sede del Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria di Cremona, al fine di riunire in un unico polo territoriale gli uffici per un razionale efficientamento delle risorse (spostamenti, numero automezzi, rafforzamento immagine aziendale con Casa di Comunità, ecc.) e rinnovare il parco delle attrezzature obsolete del Laboratorio di Prevenzione.
- Ulteriori azioni:
 - con decreto n 550 del 16/09/2022 è stato nominato il referente aziendale del programma NEW "Nuova Energia per il Welfare" – DGR XI/6709 18/07/2022: il programma prevede diverse azioni per l'efficientamento energetico degli Enti della Regione;

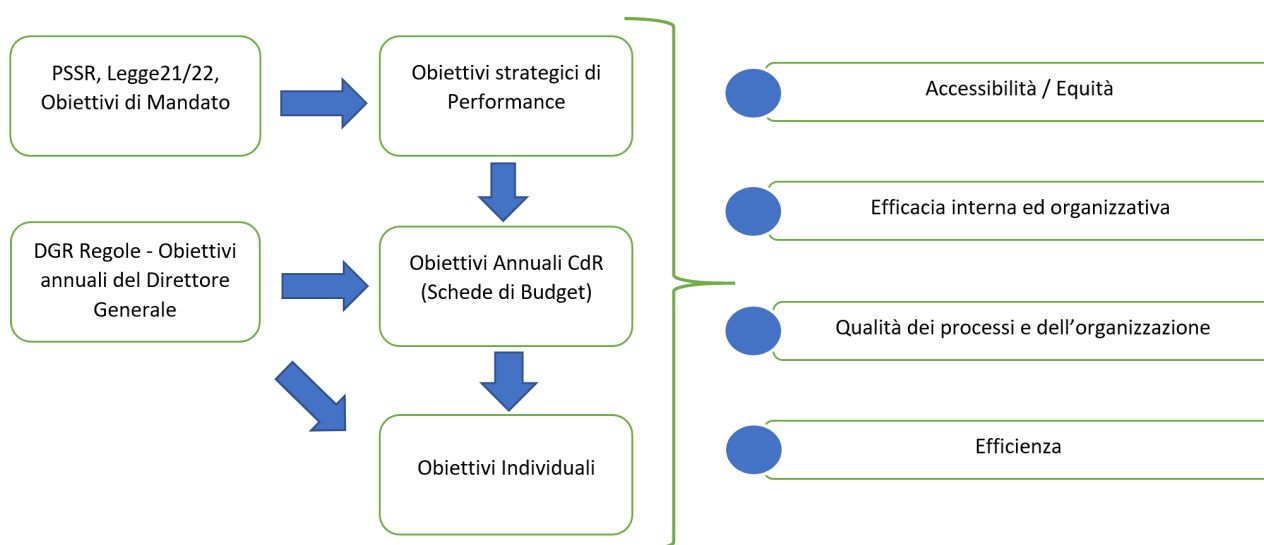
- da alcuni anni l'ATS si è dotata di autovetture elettriche, sia nella sede di Mantova che nella sede di Cremona, per ridurre le emissioni inquinanti: il numero, al momento è ancora esiguo, visti gli elevati costi di noleggio; grazie a contributi regionali, sono state installate le colonnine di ricarica veloce;
- nel mese di febbraio 2023, è stato reso disponibile a tutti i dipendenti, un nuovo software per la gestione informatizzata degli automezzi che consentirà di implementare l'uso efficiente dei mezzi ed il car-sharing, soprattutto sul percorso Cremona-Mantova e viceversa; nel 2024, in seguito all'analisi dei report di utilizzo, verranno eseguite rotazioni dei mezzi sui servizi;
- nella sede territoriale di Cremona, in quanto prossima al centro città, sono disponibili biciclette per gli spostamenti verso altre sedi (Laboratorio di prevenzione – sede di CA) e altri uffici pubblici;
- nel 2023, grazie ad un finanziamento del GSE (Gestore Servizi Energetici), sono state sostituite le lampade presenti negli edifici di proprietà ATS del polo territoriale di Cremona (in quanto aventi i requisiti previsti dal bando di finanziamento del GSE) con lampade a basso consumo energetico;
- è stata avviata la progettazione per l'installazione di pannelli fotovoltaici sugli edifici non vincolati dalla Soprintendenza Archeologia, Belle Arti e Paesaggio;
- è attivo, in tutti gli edifici di proprietà, un programma di accensione e spegnimento degli impianti di riscaldamento/raffrescamento, in linea con gli orari di attività dei dipendenti e nel rispetto della normativa nazionale sui limiti di temperatura consentita;
- da anni è effettuata la raccolta differenziata nelle diverse sedi aziendali.

2.2 Performance

La presente sezione viene redatta secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i. finalizzate, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all'art.10, comma 1, lettera b) del sopra richiamato Decreto.

Il ciclo di gestione della Performance, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione Sanitaria Regionale e dei vincoli di bilancio, si sviluppa nelle seguenti fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocatione delle risorse, integrandosi con il ciclo di bilancio;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- rendicontazione dei risultati;
- utilizzo dei sistemi premianti.



In conformità con le indicazioni di Regione Lombardia (DGR n. XII/3751 del 30/12/2024), l'ATS deve perseguire nel triennio 2025-2027 i seguenti obiettivi di mandato istituzionali:

- attuazione integrale delle progettualità previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza con le tempistiche previste dall'Assessorato al Welfare;
- attuazione delle indicazioni regionali per la realizzazione delle attività e dei progetti del Piano Integrato Socio Sanitario Lombardo;
- messa a regime del CUP unico regionale secondo le tempistiche individuate dall'Assessorato al Welfare;
- piena ed integrale attuazione degli obiettivi stabiliti annualmente in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni;
- attuazione delle indicazioni regionali in ordine all'organizzazione del sistema di emergenza urgenza e al riordino delle reti clinico organizzative;
- collaborazione nella realizzazione delle azioni necessarie alla buona riuscita delle Olimpiadi invernali del 2026.

Partendo da questi obiettivi di mandato e dal recepimento integrale delle indicazioni regionali per l'attuazione della Legge di Riforma, l'ATS della Val Padana, sulla base del contesto territoriale e sanitario delle relazioni con i portatori di interesse e sulla base delle risorse di cui dispone, individua gli obiettivi di performance correlati al Valore Pubblico e le priorità di intervento in un'ottica di continuo miglioramento.

Le dimensioni della performance organizzativa

Le Performance dell'Agenzia sono analizzate e valutate, in linea con gli orientamenti normativi nazionali e regionali (Linee Guida OIV 2011 e sintesi 2013 lavori del gruppo di approfondimento costituito nell'ambito dell'OIV regionale) secondo un modello multidimensionale di valutazione e misurazione che consente di avere una conoscenza della performance nel suo complesso, attraverso indicatori strutturati secondo le seguenti dimensioni:

- **Accessibilità/Equità:** intesa come possibilità di equità di accesso, per gli assistiti ai servizi erogati dall'Azienda e di qualità percepita dall'assistito per la prestazione ricevuta;
- **Efficacia interna:** capacità di un'azienda o di un'unità operativa di raggiungere gli obiettivi definiti e le proprie finalità;
- **Efficacia organizzativa:** esprime la capacità dell'Azienda di adottare modelli organizzativi funzionali;
- **Efficienza:** rappresenta la capacità di massimizzare il rapporto tra fattori produttivi impiegati nell'attività e risultati ottenuti, a parità di altre condizioni;
- **Qualità dei processi e dell'organizzazione:** intesa come erogazione di prestazioni con "appropriato" consumo di risorse.

2.2.1 La misurazione della performance organizzativa

La misurazione della performance organizzativa avviene con periodicità definita, attraverso il monitoraggio degli obiettivi aziendali e regionali, con reportistica mirata, con confronto periodico tra l'andamento della gestione e gli obiettivi definiti, con possibilità, nel caso di criticità e/o scostamenti dai programmi, di interventi correttivi.

È compito della Direzione monitorare e valutare lo stato d'avanzamento degli obiettivi declinati e assegnati alle strutture aziendali, al fine di verificare i risultati annuali (Performance Organizzativa), con il supporto del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, anche ai fini della distribuzione della retribuzione di risultato e della produttività collettiva del personale nel rispetto di quanto previsto dalla contrattazione integrativa aziendale.

2.2.2 La misurazione della performance personale

La valutazione del personale dipendente - dirigenza e comparto - risponde ai criteri previsti dalla vigente normativa e dal quadro contrattuale nazionale e aziendale; il personale Dirigente è anche soggetto a verifica al termine dell'incarico conferito (valutazione degli incarichi dirigenziali a cura dei Collegi Tecnici).

Il sistema premiante del personale è finalizzato al miglioramento dei livelli di qualità ed efficienza dei servizi pubblici e al raggiungimento degli obiettivi di interesse regionale ed aziendale.

La performance individuale rappresenta il contributo di ciascun dipendente al conseguimento degli obiettivi dell'articolazione cui afferisce; presuppone la condivisione degli obiettivi e favorisce una comune visione dell'operatività basata sull'integrazione e sulla sinergia di differenti professionalità.

Gli obiettivi annuali sono assegnati e formalmente comunicati al personale dirigente e del comparto; tempi, parametri, punteggi e scale per la valutazione sono definiti nei Contratti Integrativi Aziendali.

Gli obiettivi della sezione "Anticorruzione e Trasparenza" diventano parte integrante e sostanziale del ciclo della performance, nonché oggetto di rilevazione e misurazione nei modi e nelle forme previste dallo stesso e dalle altre attività di rilevazione di efficacia ed efficienza dell'attività amministrativa. In particolare, le misure di prevenzione contenute nel PTPCT vengono tradotte in veri e propri obiettivi da assegnare alle articolazioni aziendali, e conseguentemente a tutti i dipendenti mediante il percorso di budget.

2.2.3 Pari opportunità e equilibrio di genere

Azioni positive – Promozione pari opportunità, equilibrio di genere e benessere organizzativo

Premessa

Al fine di perseguire la promozione e l'attuazione delle pari opportunità, del benessere organizzativo, del contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza e della conciliazione dei tempi di vita e lavoro, l'ATS della Val Padana ha istituito il Comitato Unico di Garanzia (CUG) con Decreto n. 42 del 29/01/2021 che opera con le seguenti finalità:

- a) Assicurare nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua, senza diminuire l'attenzione nei confronti delle discriminazioni di genere;

- b) Favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici.

Le modalità di funzionamento e i compiti del CUG sono disciplinati da uno specifico Regolamento di funzionamento del Comitato Unico di Garanzia dell'ATS della Val Padana, adottato con decreto n. 181 del 24/03/2022. Il CUG opera in stretta collaborazione con la Direzione Strategica aziendale ed esercita le proprie funzioni utilizzando le risorse che la Direzione stessa mette a disposizione per il corretto ed adeguato svolgimento delle attività. Al CUG sono attribuiti compiti propositivi, consultivi e di verifica nell'ambito delle proprie competenze. Tra i compiti propositivi rientra la predisposizione della programmazione delle azioni positive per favorire l'uguaglianza sul lavoro tra uomini e donne ed in generale per favorire il benessere dei dipendenti che comporta ricadute positive sul contesto lavorativo e sulla qualità delle prestazioni nel rispetto dell'interesse pubblico. Nel corso del 2025 sarà necessario rivedere la composizione del CUG, in scadenza al 31/01/2025, essendo già stato rinnovato nel 2021 per un ulteriore quadriennio.

L'Agenzia ha inoltre provveduto ad adottare, con decreto n. 81 del 10/02/2022, uno specifico "Codice di condotta contro le discriminazioni dirette e indirette, la violenza e le molestie sul luogo di lavoro e per la prevenzione e il contrasto dei fenomeni di mobbing" nonché a nominare la Consigliera di Fiducia con Decreto n. 684 del 2/12/2022.

Nel Codice viene dichiarato l'impegno dell'Agenzia a tutelare il diritto dei lavoratori e delle lavoratrici a vivere in un ambiente di lavoro sicuro, sereno, in cui i rapporti interpersonali siano improntati a uguaglianza, reciproca correttezza e rispetto della libertà e dignità della persona; e ognuno, a sua volta, nei rapporti interpersonali all'interno dell'Agenzia, è tenuto a contribuire alla promozione e al mantenimento di un ambiente e di un'organizzazione del lavoro ispirati e fondati su principi di correttezza, libertà, dignità e uguaglianza.

A tal fine l'Agenzia si impegna a:

- rimuovere ogni ostacolo all'attuazione di questi diritti, in modo da garantire un ambiente di lavoro in cui donne e uomini rispettino reciprocamente l'inviolabilità della persona;
- garantire a tutti coloro che operano all'interno dell'Agenzia il diritto alla tutela da qualsiasi atto o comportamento che produca effetto pregiudizievole nei rapporti interpersonali e che discrimini, anche in via indiretta, in ragione del sesso, della razza o dell'origine etnica, della religione o delle convinzioni personali, degli handicap, dell'età o delle tendenze sessuali;
- inibire chi pone in essere comportamenti prevaricatori o persecutori tali da provocare disagio e malessere psicofisico nel lavoratore o nella lavoratrice;
- dare ampia informazione, partecipando a tutto il proprio personale il contenuto del Codice di Comportamento e, in particolare, le procedure da adottarsi in caso di molestie, allo scopo di diffondere una cultura improntata al pieno rispetto della dignità della persona.

Azioni positive

Di seguito vengono dettagliati gli obiettivi e le conseguenti azioni previste per il triennio 2025- 2027, distinte per aree tematiche:

- ▶ Pari opportunità e cultura di genere: Il concetto di pari opportunità riassume l'intento di garantire uguali condizioni e prospettive di vita a tutti i dipendenti, attraverso la definizione di politiche e iniziative finalizzate alla rimozione degli ostacoli che impediscono un'effettiva parità. È intenzione dell'ATS della Val Padana favorire la cultura di genere attraverso il rafforzamento della comunicazione e dell'informazione sul tema delle pari opportunità e della discriminazione di genere con le seguenti azioni:
 - Promuovere l'informazione e la visibilità del Comitato Unico di Garanzia: far conoscere maggiormente ai dipendenti dell'ATS, in particolare al personale neoassunto, il ruolo, i compiti e le attività intraprese dal CUG;
 - Favorire la sensibilizzazione sulla cultura di genere attraverso il potenziamento della comunicazione e dell'informazione sul tema;
 - Favorire l'accessibilità e la diffusione delle informazioni apportando modifiche e migliorie alla sezione dedicata al CUG del sito dell'Agenzia, mantenendola costantemente aggiornata;
 - Partecipare al gruppo regionale/nazionale di coordinamento dei CUG della sanità e/o incontri di confronto con altri CUG del territorio.
- ▶ Benessere organizzativo: Il "benessere organizzativo" riguarda la qualità della relazione esistente tra le persone e il contesto di lavoro. Produrre benessere organizzativo significa, per una organizzazione, promuovere e mantenere il più alto grado di benessere fisico, psicologico e sociale in ciascun lavoratore in ogni tipo di occupazione. È dimostrata, infatti, la correlazione fra questi ambiti ed un più elevato livello di salute e di minor stress, da cui

conseguono minori assenteismo e malattia. È ormai convinzione diffusa che un ambiente professionale attento anche alla dimensione privata e alle relazioni familiari produca maggiore responsabilità e produttività. L'Agenzia si impegnerà nell'applicare i vari istituti relativi all'organizzazione del lavoro e alla flessibilità dell'orario di lavoro nei confronti di tutti i lavoratori, ispirandosi a criteri di massima equità e imparzialità, in un quadro che contemperi, in maniera circostanziata e puntuale, le esigenze del dipendente con le necessità di funzionalità organizzativa dell'Agenzia, promuovendo e garantendo le corrette condizioni lavorative per tutti i dipendenti dell'ATS Val Padana, supportando le strutture coinvolte nella realizzazione del WHP aziendale e alla gestione dello stress lavoro-correlato con le seguenti azioni:

- Sostenere la diffusione della cultura aziendale orientata allo stile di vita sano secondo le linee guida accreditate scientificamente: implementare le azioni inerenti al WHP all'interno dell'Agenzia quali: approfondimento delle pratiche relative all'area alimentazione, area attività fisica, area fumo di tabacco, area dipendenze.
 - Scatola delle idee sempre aperta, con raccolta continua di suggerimenti e proposte;
 - Realizzare eventi formativi sulla capacità adattamento e processi cambiamento e sulla gestione del conflitto.
- Contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza: Al fine di evitare situazioni conflittuali determinate, ad esempio, da pressioni o molestie sessuali, casi di mobbing, atteggiamenti mirati ad avvilire il dipendente anche in forma indiretta, nonché atti vessatori correlati alla sfera privata della lavoratrice o del lavoratore è necessario prevedere azioni finalizzate ad individuare tempestivamente queste situazioni al fine di tutelare il dipendente nell'ambito lavorativo. Sarà compito dell'ATS della Val Padana:
- Monitorare l'applicazione del Codice di Condotta anche mediante interventi della Consigliera di Fiducia;
 - Fornire assistenza ai dipendenti oggetto di discriminazione, molestie e mobbing e un affiancamento nell'avvio delle procedure formali o informali adeguate alla risoluzione dei singoli casi;
 - Realizzare eventi formativi come approfondimento in tema di mobbing, stalking e molestie in genere negli ambienti di lavoro.
- Conciliazione famiglia e lavoro: Favorire politiche di conciliazione tra famiglia e lavoro tramite azioni che tengano in considerazione le diverse identità e le differenti esigenze tra donne e uomini, e non solo, all'interno dell'organizzazione, con riguardo ai bisogni della persona, del dipendente e dell'Agenzia. L'Agenzia proseguirà con le seguenti azioni:
- Pubblicazione delle FAQ, nell'angolo del dipendente, sull'utilizzo delle forme flessibili del rapporto di lavoro;
 - Garantire la fruizione dello smart-working ai lavoratori, in presenza delle condizioni previste dal Regolamento vigente in Agenzia;
 - Rafforzare i rapporti con gli Organismi Paritetici della dirigenza e del comparto;
 - Realizzare eventi formativi sulla cultura dello smart working.

2.3 Anticorruzione e trasparenza

Lo sviluppo delle strategie e degli strumenti per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, come descritti nel presente capitolo, si fonda su una visione *“ampia di valore pubblico – intesa come miglioramento della qualità di vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di una politica o di un servizio – nell’ambito della quale la prevenzione della corruzione e della trasparenza vanno intese sia a protezione del valore pubblico stesso, sia come esse stesse produttive di valore pubblico e strumentali a produrre risultati sul piano economico e su quello dei servizi con importanti ricadute sull’organizzazione sociale ed economica del Paese”* (cfr. PNA 2022).

In questa cornice concettuale di riferimento, l’ATS della Val Padana ha provveduto ad identificare i propri rischi corruttivi e a declinare la programmazione strategica per la prevenzione dei fenomeni corruttivi e, in senso lato, di situazioni di malfunzionamento dell’attività dell’amministrazione; ciò, in applicazione della vigente normativa in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, in coerenza con la metodologia indicata da ANAC nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019 e 2022 (e successivi aggiornamenti) e con la partecipazione e condivisione dei soggetti che concorrono alla gestione controllata del rischio.

In particolare, nella presente sezione, l’ATS della Val Padana sistematizza e descrive un processo, articolato in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente, che è finalizzato a formulare una strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi e che possa favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l’imparzialità delle decisioni e dell’attività amministrativa.

I destinatari delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza sono coloro che prestano servizio - a qualunque titolo - presso l’ATS della Val Padana (art. 1, c. 2 bis L. 190/2012).

Input alle strategie di prevenzione sono gli **obiettivi strategici** declinati al riguardo da parte dell’organo di vertice a protezione / creazione del Valore Pubblico.

La presente sezione sviluppa quindi il processo di **gestione dei rischi corruttivi**, considerando gli elementi che scaturiscono dall’analisi del contesto interno ed esterno (affrontato nei § 1.2 e 1.3, cui si rimanda); valutando il rischio correlato ai processi aziendali in termini di possibile esposizione a fenomeni corruttivi; infine, (gestione del rischio) programmando le misure di prevenzione, comprensive di trasparenza e accessibilità. Si precisa che costituiscono input essenziale alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione gli **esiti del monitoraggio** relativo all’attuazione della programmazione 2023-2025.

Sono altresì identificati e definiti:

- i **soggetti interni ed esterni** – con relativi ruoli e responsabilità – coinvolti nelle fasi di predisposizione, attuazione, monitoraggio, verifica e rendicontazione delle misure di prevenzione corruzione e della trasparenza;
- il **processo** e le modalità per la predisposizione, l’aggiornamento, l’adozione e il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- definizione delle responsabilità conseguenti alla **violazione** delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La presente sezione riserva, inoltre, una trattazione specifica della trasparenza, quale misura di prevenzione della corruzione, imprescindibile strumento a protezione del Valore Pubblico.

Le misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza programmate sono sviluppate in forma di obiettivi di performance organizzativa / individuale (artt. 8 e 9 del D.Lgs. 150/2009) e declinate in obiettivi di budget per tutte le strutture e per il personale ad esso afferente; ciò è finalizzato ad assicurare la correlazione al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva sulla base delle specifiche responsabilità in capo ai Dirigenti delle strutture aziendali, ai quali siano riconducibili azioni finalizzate all’assolvimento degli obblighi di prevenzione della corruzione e di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente, come indicati nel documento allegato al presente Piano, anche a fronte di quanto previsto dall’art. 1, co.8, L. 190/2012 e dalle disposizioni contenute nell’art. 44 del D. Lgs. 33/2013.

2.3.1 Gli obiettivi strategici per la prevenzione della corruzione e della trasparenza

Partendo dall'assunto che la prevenzione della corruzione e della trasparenza costituiscono dimensioni "del" e "per" la creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale dell'Agenzia, il Direttore Generale dell'ATS della Val Padana ha provveduto a definire gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art. 1, co. 8, come novellato dall'art. 41 del D.Lgs. 97/2016):

- contrastare e prevenire il fenomeno dell'illegalità, nonché ogni forma di abuso e/o strumentalizzazione dell'ufficio e delle funzioni a fini personali e/o di dolosa violazione delle norme e delle regole comportamentali per ottenere indebiti vantaggi di qualsiasi natura. Allo scopo, dovrà essere garantito un approccio sistemico ed integrato, in grado di coniugare la dimensione organizzativa con quella del *risk assessment*.
Dovranno inoltre essere rafforzati l'analisi dei rischi e la definizione delle misure di prevenzione ed i controlli interni, anche in conformità con le indicazioni dei vari organismi / istituzioni di controllo regionali e nazionali, assicurando anche un'attività di confronto costante anche con soggetti esterni (es. rete di RPCT) finalizzata all'individuazione ed implementazione di *best practice*.
- favorire un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di cambiamento culturale che conduca a considerare tali valori come naturale connotazione di ogni azione e decisione amministrativa e parte integrante della qualità dei servizi, delle prestazioni e delle relazioni tra l'Amministrazione e i cittadini/utenti. Alla realizzazione di tale obiettivo concorrono: la semplificazione dell'accesso ai servizi e dei processi (tramite la loro reingegnerizzazione e dematerializzazione); lo sviluppo delle risorse umane (in termini di accrescimento delle conoscenze e delle competenze) mediante specifici percorsi formativi, che affrontino anche contenuti in materia di etica, integrità e rischio corruttivo; il continuo aggiornamento della regolamentazione interna e alla disciplina dei doveri di comportamento del personale anche in correlazione alla promozione del valore pubblico.
- garantire la massima trasparenza, dando puntuale e tempestiva applicazione ai principi contenuti nel D.Lgs. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. 97/2016 e dalle indicazioni di ANAC, per consolidare il rapporto di fiducia tra l'Agenzia e la sua comunità di riferimento e migliorando l'accessibilità attraverso la pubblicazione costante delle informazioni inerenti all'attività dell'Agenzia, con particolare riferimento a quelle di interesse degli *stakeholder*. Vengono inoltre individuati quali "Dati Ulteriori" da pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito aziendale, che costituisce strumento principale per fornire le informazioni al cittadino/utente – dati, informazioni e documenti relativi al contesto epidemiologico e allo stato di salute della popolazione (responsabile della pubblicazione e del periodico aggiornamento sarà il Direttore della SC Osservatorio Epidemiologico).

Gli obiettivi trovano attuazione attraverso specifiche misure, rappresentate in forma sinottica nella griglia "Programmazione delle Misure di Prevenzione" riportata nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI".

2.3.2 Soggetti, ruoli e responsabilità per la prevenzione della corruzione

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della ATS della Val Padana, con relativi compiti e funzioni, sono i seguenti:

- **Organi di indirizzo e dei vertici amministrativi (Direttore Generale):**
 - nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed assicura che esso disponga di funzioni e poteri idonei allo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività (art. 1, co. 7, L. 190/2012);
 - definisce obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art. 1, co. 8, come novellato dall'art. 41 del D.Lgs. 97/2016);
 - adotta il PTPCT³, e i suoi aggiornamenti (art. 1, co. 7 e 8, L. 190/2012) e li comunica all'ANAC e alla Regione;
 - adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
 - riceve la relazione annuale del RPCT, che dà conto dell'attività svolta (art. 1, co. 14, L. 190/2012) e può chiamarlo a riferire sull'attività;

³ Per l'ATS Val Padana il PTPCT è stato assorbito nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO ai sensi del DL n. 80/2021 e DPR n. 81/2022.

- riceve dal RPCT segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti all'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza (art. 1, co. 7, L. 190/2012).

Nella ATS della Val Padana il Direttore Generale è la Dott.ssa Ida Maria Ada Ramponi, nominato con DGR n. XII/1649 del 21/12/2023, con decorrenza 01/01/2024, per il triennio 2024-2026.

▪ **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT):**

La Legge 190/2012, la Circolare del D.F.P. n. 1 del 2013 e la Delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018 prevedono che il RPCT debba:

- elaborare la proposta di piano della prevenzione, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico di ciascuna amministrazione (art. 1, co. 8, L. n. 190/2012); i contenuti del piano, che caratterizzano anche l'oggetto dell'attività del responsabile, sono distintamente indicati nel comma 9 dell'art. 1;
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, co. 8, L. n. 190/2012);
- verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità (art. 1, co. 10, lett. a), L. n. 190/2012;
- proporre modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10, lett. a), L. n. 190/2012; miglioramenti alle strategie di prevenzione della corruzione e l'eventuale introduzione di misure correttive potranno essere valutati – d'intesa con i soggetti che partecipano alla valutazione del rischio – anche a fronte dei risultati emersi nella Relazione della Performance qualora questa evidenziasse scostamenti rispetto agli obiettivi programmati in materia di prevenzione della corruzione (PNA2022);
- verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, co. 10, lett. b), L. n. 190/2012;
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, co. 10, lett. c), L. n. 190/2012;
- elaborare la relazione annuale sull'attività svolta e assicurarne la pubblicazione (art. 1, co. 14, L. n. 190/2012);
- svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione (art. 1, co. 7, L. n. 190/2012 – D.Lgs. 97/2016);
- ulteriori e rilevanti competenze in materia di accesso civico attribuite al RPCT dal D.Lgs. 97/2016: il RPCT, oltre alla facoltà di chiedere agli uffici della amministrazione informazioni sull'esito delle istanze, deve occuparsi, per espressa disposizione normativa (art. 5, co. 7, D.Lgs. 33/2013, come novellato dal D.Lgs. 97/2016), dei casi di riesame (sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria o meno);
- riceve e prende in carico le segnalazioni di illecito di violazioni del diritto dell'Unione e di disposizioni normative nazionali ai sensi del D.Lgs. 24/2023 (c.d. "Whistleblowing") ed effettua gli atti necessari per una prima attività di verifica e analisi.

Si richiama inoltre la delibera ANAC n. 840 del 02/10/2018 che fornisce indicazioni sui poteri di controllo e verifica in capo al RPCT ed esclude che allo stesso spetti accertare responsabilità individuali e svolgere direttamente controlli di legittimità di regolarità amministrativa e contabile o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'Agenzia. Laddove il RPCT sia destinatario di segnalazioni o comunque riscontri fenomeni di corruzione, in senso ampio, si deve limitare ad una deliberazione sul *fumus* di quanto rappresentato al fine di stabilire se esistano ragionevoli presupposti di fondatezza. Qualora ricorra tale evenienza, sarà cura del RPCT rivolgersi agli organi interni o agli enti / istituzioni esterne preposte ai necessari controlli.

Nella ATS della Val Padana, il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT), in posizione di staff al Direttore Generale e nominato con Decreto del Direttore Generale n. 585 del 13/12/2018, è individuato nel Dirigente Amministrativo Dott.ssa Michela Ferri, registrata nell'elenco degli RPCT di ANAC.

Il RPCT è contattabile all'indirizzo mail anticorruzione.trasparenza@ats-valpadana.it.

▪ **Struttura di supporto al RPCT:**

In conformità con le indicazioni del PNA, il RPCT della ATS della Val Padana si avvale, non solo nelle fasi di programmazione delle misure di prevenzione, ma anche nelle attività di monitoraggio e controllo - di tutti i Referenti aziendali individuati nei Direttori dei Dipartimenti e dei Servizi Amministrativi, di una struttura di supporto rappresentativa del Sistema dei Controlli Interni, di un flusso informativo strutturato rivolto al RPCT.

La **Rete dei Referenti del RPCT** opera in stretto collegamento con il Responsabile sia nella fase di elaborazione del Piano sia nella quotidiana applicazione del Piano, sia per quanto attiene i flussi di informazioni rivolte al Responsabile. L'azione dei Referenti è subordinata alle indicazioni del Responsabile, che resta il riferimento aziendale; sono comunque esplicitati nei paragrafi successivi (a titolo non esaustivo) alcuni compiti in capo agli stessi. I Referenti, che costituiscono il gruppo di supporto permanente, rappresentativo delle funzioni aziendali nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione e delle competenze tecniche professionali idonee, sono individuati nei Dirigenti responsabili delle seguenti strutture o articolazioni aziendali, ciascuno per le attività di rispettiva competenza:

❑ **DIRETTORI DEI DIPARTIMENTI E DELLE STRUTTURE:**

- Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali (e i Servizi SC Affari Generali e Legali, SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)
- Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS)
- Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS)
- Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale
- Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS)

❑ **STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE STRATEGICA**

Tra i compiti in capo ai Referenti del RPCT, si citano (a titolo non esaustivo):

- Vigilanza sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, della misura della rotazione ordinaria o dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi;
- Individuazione dei dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi;
- Produzione di report periodici al RPCT sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate nonché proposta di modifiche o di eventuali nuove misure da adottare;
- Aggiornamento periodico della valutazione dei rischi e proposta/definizione delle correlate misure di prevenzione della corruzione;
- Segnalazione al Responsabile di casi di fenomeni corruttivi emersi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare;
- In materia di trasparenza, compiti volti ad assicurare il rispetto dei tempi di pubblicazione dei dati e il miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura.

Analogamente è definita la **Struttura di Supporto del RPCT** sulla base dei criteri definiti nel PNA:

La struttura di supporto del RPCT comprende i Referenti delle seguenti Funzioni: Controllo di Gestione, Qualità, Internal Auditing, Segreteria del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, Comunicazione, Formazione, oltre ad un funzionario amministrativo della SC Affari Generali e Legali (in particolare per supportare il RPCT nella gestione dell'Accesso Civico); la struttura risulta così composta:

Attività	Funzione
Referente del RPCT per le attività della struttura di supporto e dei Referenti dipartimentali	Trasparenza e Anticorruzione
Analisi, revisione e monitoraggio processi a rischio di corruzione	Controllo di Gestione, Qualità, Internal Auditing
Declinazione e monitoraggio delle misure di prevenzione nel PIAO	Internal Auditing, Controllo di Gestione
Definizione, aggiornamento e monitoraggio obblighi pubblicazione e trasparenza	Comunicazione
Gestione “Amministrazione Trasparente” sul sito aziendale e pubblicazione documenti/informazioni inviate dai Referenti del RPCT	Comunicazione
Interventi formativi generali e specifici proposti dal RPCT per il personale delle aree individuate	Formazione
Accesso Civico, Accesso Civico generalizzato, gestione Riesame	Affari Generali e Legali
Funzioni attribuite al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni in materia di Prevenzione Corruzione e Trasparenza e Codice di Comportamento	Segreteria del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

▪ **Ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP):**

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, in qualità di soggetto con funzioni analoghe a quelle previste per gli OIV, interfacciandosi con il RPCT per l’attuazione coordinata dei sistemi di controllo interno e del complesso degli interventi organizzativi volti a garantire imparzialità e buon andamento dell’amministrazione:

- partecipa al processo di gestione del rischio, con ruolo consultivo nell’ambito del quale può formulare proposte di integrazioni e/o modifiche al PTPCT¹;
- effettua il monitoraggio degli adempimenti per la trasparenza;
- verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all’attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44). L’attività di controllo sull’adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento del NVP, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43). Resta fermo il compito del NVP concernente l’attestazione dell’assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal D.Lgs. 150/2009.

Il NVP, inoltre:

- esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che l’amministrazione adotta ai sensi dell’art. 54, co. 5, D.Lgs. 165/2001.

Le modifiche che il D.Lgs. 97/2016 ha apportato alla L. 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal D.Lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l’ANAC.

In linea con quanto già disposto dall’art. 44 del D.Lgs. 33/2013, detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verificano la coerenza tra gli obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione “Anticorruzione e Trasparenza” e in quella della “Performance” del PIAO e altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all’anticorruzione e alla trasparenza.

In rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e la trasparenza, il NVP:

- verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT recante i risultati dell’attività svolta che il RPCT predispone e trasmette al NVP, oltre che all’organo di indirizzo, ai sensi dell’art. 1, co. 14, della L. n. 190/2012. Nell’ambito di tale verifica il NVP ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, L. 190/2012).

Nell’ambito dei poteri di vigilanza e controllo attribuiti all’ANAC, l’Autorità si riserva di chiedere informazioni tanto al NVP quanto al RPCT sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 8-bis, L. 190/2012), anche tenuto conto che il NVP riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti all’attuazione dei PTPCT¹ (art. 1, co. 7, L. 190/2012).

Ciò in linea di continuità con quanto già disposto dall’art. 45, co. 2, del D.Lgs. 33/2013, ove è prevista la possibilità per l’ANAC di coinvolgere il NVP per acquisire ulteriori informazioni sul controllo dell’esatto adempimento degli obblighi di trasparenza.

▪ **Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD):**

- svolge i procedimenti disciplinari nell’ambito della propria competenza (art. 55 bis D.Lgs. n. 165/2001);

- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR n. 3/1957; art. 1, comma 3, Legge n. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- cura, in collaborazione con l'RPCT, l'aggiornamento del Codice di Comportamento.

▪ **Direttori di Dipartimento e dei Dirigenti di Struttura:**

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e dell'autorità giudiziaria (art. 16 D.Lgs. n. 165/2001; art. 20 D.P.R. n. 3/1957, art. 1, comma 3, L. n. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di gestione del rischio (art. 1, co. 9, lett. a), L. n. 190/2012) e lo valorizzano, fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la mappatura dei processi, la valutazione del rischio, le misure di prevenzione;
- propongono misure di prevenzione del rischio (art. 16 D.Lgs. n. 165/2001) e ne assicurano l'attuazione e il monitoraggio;
- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione (art. 54 D.Lgs. n. 165/2001);
- adottano le misure di prevenzione e le opportune misure gestionali (disciplinari, organizzative, etc.) e assicurano l'osservanza del piano (art. 1, co. 9, L. n. 190/2012);
- assolvono con tempestività e regolarità gli obblighi di pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'Agenzia, secondo quanto previsto nella griglia degli obblighi di pubblicazione di cui al "Allegato 3 - Trasparenza".

Poiché la violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione indicate nella sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO costituisce illecito disciplinare, si ricorda l'obbligo in capo ai dirigenti di avviare – in tali casi – il procedimento disciplinare.

I Dirigenti devono inoltre curare lo sviluppo delle competenze – proprie e dei dipendenti assegnati ai propri uffici - in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità.

▪ **Dipendenti dell'Agenzia:**

- partecipano al processo di analisi del rischio e prestano la loro collaborazione al RPCT, nel rispetto di quanto previsto dal Codice di Comportamento dell'Agenzia;
- osservano le misure contenute nel PTPCT¹ (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012);
- segnalano casi di personale conflitto di interesse (art. 6 bis L. n. 241/1990; artt. 6 e 7 Codice di Comportamento generale (DPR n. 62/2013); Codice di Comportamento aziendale (decreto ATS n. 834 del 21/12/2023), osservando altresì le disposizioni in materia di obbligo di astensione e segnalano le situazioni di violazioni / illeciti al proprio dirigente o all'UPD.

La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione definite nella sezione "Amministrazione Trasparente" del presente PIAO costituisce illecito disciplinare.

▪ **Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione, i fornitori e gli erogatori di servizi per conto dell'ATS della Val Padana:**

- osservano le misure contenute nel PTPCT¹ (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012);
- osservano il Codice di Comportamento, per quanto applicabile e segnalano le situazioni di illecito (art. 8 Codice di comportamento generale, art. 9 Codice di Comportamento ATS).

Le conseguenze derivanti dalla violazione da parte dei collaboratori delle misure di prevenzione definite nella sezione "Amministrazione Trasparente" del presente PIAO sono definite nel Codice di Comportamento dell'Agenzia, al quale si rimanda.

▪ **Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (R.A.S.A.)**

Con nota prot. n. 5339 del 25/01/2017 (R.A.S.A.), ha nominato, per entrambe le funzioni, la Dott.ssa Pierina Ghilardi, Dirigente Amministrativo e Direttore della SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) - competente per l'area dei contratti, approvvigionamenti, lavori e forniture – quale Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (R.A.S.A.).

▪ **Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio**

Analizzata la tipologia delle funzioni che il soggetto è tenuto a svolgere in materia di antiriciclaggio, il Direttore Generale della ATS - con deliberazione di nomina n. 18 del 31/01/2024 ha nominato la Dott.ssa Michela Ferri, Dirigente Amministrativo e Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza.

Con Decreto del Direttore Generale n. 558 del 28/12/2017, su proposta del Dirigente nominato “Gestore segnalazioni antiriciclaggio”, la ATS della Val Padana ha adottato il proprio “Regolamento in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo”.

Ai fini di un’efficace attuazione delle strategie di prevenzione, risultano fondamentali il contributo e il raccordo con altri soggetti che operano all’interno dell’Agenzia, tra cui:

- i responsabili delle strutture/funzioni preposte al controllo interno. Al riguardo, si richiamano la procedura aziendale PP7.0.19 “Gestione dei flussi informativi integrati dei controlli interni” e l’istituzione del Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni (decreto n. 445 del 30/06/2023); si evidenzia infine che la presente sezione si coordina con:
 - o il Piano di Internal Auditing 2025, adottato con delibera n. 26 del 30/01/2025, anch’esso fondato sulla mappatura, l’analisi e la gestione del rischio, sulla base del quale vengono pianificati audit su specifiche aree / processi aziendali;
 - o il Programma Annuale delle Verifiche Ispettive (audit) Interne 2025, formulato nell’ambito del Sistema di Gestione per la Qualità, che prevede la verifica delle strutture e processi aziendali, secondo criteri, modalità e periodicità definite in una specifica procedura aziendale.
- il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO);
- il Responsabile Unico del Procedimento (RUP), ad esempio per valutazioni / verifiche in ordine ad anomalie emerse dagli affidamenti, sussistenza in ordine ad eventuali conflitti di interesse, ecc.

2.3.3 Violazioni delle misure della prevenzione corruzione e responsabilità conseguenti

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione – con particolare riferimento alla sezione “Anticorruzione e Trasparenza” – costituisce il documento strategico adottato dall’Agenzia per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, fondato su principi e obiettivi strategici definiti dall’organo di indirizzo, condiviso ai vari livelli di responsabilità interna. Costituiscono parti integranti e sostanziali della presente sezione:

- la metodologia di valutazione del rischio, le schede di processo e gli esiti del monitoraggio dell’attuazione dell’anno precedente, declinate nell’Allegato 2 “Gestione dei rischi corruttivi”;
- le schede di programmazione con le misure obbligatorie, trasversali e specifiche, di prevenzione dei rischi di corruzione individuati, utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, in riferimento a ciascuna area di rischio, con indicazione degli obiettivi, dei responsabili aziendali, degli indicatori e delle modalità di verifica dell’attuazione, della tempistica, declinate nell’Allegato 2 “Gestione dei rischi corruttivi” - sez. “Programmazione delle Misure di Prevenzione”;
- la Tabella con l’elenco degli obblighi di pubblicazione, che individua nel dettaglio, ai sensi del D.Lgs. 33/2013 come novellato dal D.Lgs. 97/2016 e dalla Delibera ANAC 1310 del 28/12/2016, dal PNA 2022 e PNA 2023, oltre che dalla Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, i riferimenti normativi ed i contenuti dei singoli obblighi di pubblicazione, nonché l’indicazione del Responsabile della struttura aziendale responsabile della pubblicazione, con le correlate scadenze per l’assolvimento degli obblighi, riportate nell’Allegato 3 “Trasparenza”.

Di conseguenza sono individuate con il presente Piano - ai sensi della normativa vigente in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza - specifiche responsabilità in capo al RPCT, ai Dirigenti delle strutture aziendali ed al personale, ai quali siano riconducibili le azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione (come declinate nel § 2.3.5.5 “Le misure di prevenzione del rischio corruzione nell’ATS della Val Padana” e nell’Allegato 2 “Gestione dei Rischi Corruttivi” – sez. “Programmazione delle Misure”) e all’assolvimento degli obblighi di pubblicazione stabiliti negli allegati sopra richiamati.

Ai sensi dell’art. 1, c. 14, della Legge 190/2012, in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza risponde ai sensi dell’articolo 21 del D.Lgs. n. 165/2001, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare.

La violazione, da parte dei dipendenti della ATS, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, co. 14, L. 190/2012). Tale previsione è confermata anche all’art. 1, co. 44 della L. 190/2012 secondo cui la violazione dei doveri contenuti del Codice di Comportamento, compresi quelli relativi all’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, è fonte di responsabilità disciplinare.

2.3.4 Processo di predisposizione, aggiornamento e il monitoraggio della sezione “Anticorruzione e Trasparenza” del PIAO

L’Agenzia ha identificato le soluzioni atte ad assicurare il coinvolgimento e la partecipazione degli organi di indirizzo, sia nella definizione del contenuto e delle misure adottate, sia nelle indicazioni date all’amministrazione tutta (dirigenti e dipendenti) sulla necessaria e piena attuazione, con il concorso di tutti i soggetti interessati, delle misure di prevenzione. In particolare, vengono coinvolti:

- Responsabili delle strutture / funzioni aziendali e dipendenti:
 - a) in termini di partecipazione attiva al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi;
 - b) di partecipazione attiva in sede di definizione delle misure di prevenzione;
 - c) in sede di attuazione delle misure;
- Organo di indirizzo (Direzione): sia per la definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza; sia in fase di adozione, attraverso il cosiddetto “doppio passaggio”, ossia l’approvazione di un primo schema di PIAO – Sezione “Anticorruzione e Trasparenza” e, successivamente, del PIAO – Sezione “Anticorruzione e Trasparenza” definitivo;
- Stakeholder, tramite forme di consultazione (es: Giornata della Trasparenza, incontri, ecc.).

Si riassumono le azioni intraprese nel rispetto della procedura di predisposizione della presente Sezione “Anticorruzione e Trasparenza” del PIAO della ATS della Val Padana, così come il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza di cui al PIAO 2024-2026.

L’organo di indirizzo della ATS (Direttore Generale) è stato coinvolto dal RPCT:

- sia relativamente alle risultanze del monitoraggio sull’applicazione delle misure pianificate nel PIAO 2024-2026;
- sia nella definizione di principi e obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e di trasparenza, nonché nella individuazione di “Dati ulteriori” da pubblicare in “Amministrazione Trasparente”.

L’organo di indirizzo della ATS (Direttore Generale) e il Collegio di Direzione (composto da tutti i Direttori di Dipartimento) sono stati coinvolti dal RPCT:

- sia nella condivisione della bozza della presente sezione “Anticorruzione e Trasparenza” del PIAO 2025-2027, con particolare riferimento alle misure di prevenzione declinate in obiettivi attribuiti ai Responsabili e agli obblighi di pubblicazione riportati negli allegati 2 e 3 al presente PIAO; sia nella condivisione della versione definitiva (“doppio passaggio”).

Il Nucleo di Valutazione è stato coinvolto dal RPCT:

- relativamente alle risultanze del monitoraggio sull’applicazione delle misure pianificate nel PIAO 2024-2026;
- nella condivisione dei criteri per l’aggiornamento della presente sezione “Anticorruzione e Trasparenza”, nella seduta del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni del 29/01/2025 (convocazione del RPCT con nota prot. n. 5072/2025 del 20/01/2025); nella valutazione della Bozza della presente sezione “Anticorruzione e Trasparenza” del PIAO 2025-2027, illustrata dal RPCT al NdV e ritrasmessa nella versione finale.

I Referenti Responsabili delle strutture aziendali ed i dipendenti sono stati coinvolti dal RPCT:

- sia nel monitoraggio sull’applicazione delle misure pianificate nel PIAO 2024-2026;
- sia nella mappatura dei processi di competenza della ATS, con conseguente analisi, valutazione e ponderazione del rischio (cfr. Allegato 2 “Gestione dei rischi corruttivi” e Allegato 3 “Trasparenza”);
- sia nella proposta al RPCT di misure specifiche di prevenzione della corruzione per l’anno 2025 per i processi di rispettiva competenza (Allegato 2 “Gestione dei rischi corruttivi” – sez. “Programmazione delle misure di prevenzione”).

I portatori di interessi esterni sono stati coinvolti dal RPCT:

- relativamente al PIAO 2024-2026, nella Giornata della Trasparenza del 23/12/2024 rivolta alle Associazioni di Categoria, Ordine dei Veterinari, l’Ordine degli Agronomi e relativi associati e iscritti del territorio dell’ATS Val Padana.

La metodologia di monitoraggio, aggiornamento e predisposizione annuale della sezione “Anticorruzione e Trasparenza” del PIAO dell’ATS della Val Padana, come sopra descritta, si conferma in via generale quale metodologia ordinaria per la valutazione e gestione del rischio di corruzione della ATS, con la partecipazione attiva e costante dei soggetti indicati al §

2.3.2 “Soggetti, Ruoli e Responsabilità per la prevenzione della corruzione”, in applicazione delle misure pianificate per l’anno 2025 di cui all’Allegato 2 “GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI” sez. “Programmazione delle Misure di Prevenzione”.

La responsabilità del monitoraggio della Sezione “Anticorruzione e Trasparenza” del PIAO è attribuita al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, che ogni anno predispone una relazione sulle attività di monitoraggio svolte e gli esiti rilevati, anche in conformità con la metodologia descritta al § 2.3.5.6 “Monitoraggio e riesame sull’idoneità e sull’attuazione delle misure”.

Ai sensi dell’art. 1, co. 14 della L. 190/2012 il RPCT, entro il 15 dicembre di ogni anno (o altra scadenza annualmente definita da ANAC, di norma entro il 31 gennaio) redige una relazione annuale che offre il rendiconto sull’efficacia delle misure di prevenzione definite dal Sezione “Anticorruzione e Trasparenza” del PIAO.

Sulla base delle risultanze del monitoraggio circa l’implementazione delle misure di prevenzione, il RPCT suggerisce le iniziative più adeguate da includere nel successivo aggiornamento della sezione “Anticorruzione e Trasparenza” del PIAO, tenendo conto anche dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell’amministrazione (es: acquisizione di nuove competenze e/o cessione di funzioni ad altri Enti, ecc.);
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione della sezione “Anticorruzione e Trasparenza” del PIAO;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel Piano Nazionale Anticorruzione.

Indicazioni metodologiche puntuali per lo svolgimento del monitoraggio sono riportate nel § 2.3.5.6 “Monitoraggio e riesame sull’idoneità e sull’attuazione delle misure” al quale si rimanda.

2.3.5 La metodologia di gestione del rischio

La gestione del rischio va intesa, nel suo complesso, come un percorso di miglioramento continuo, basato sui processi di apprendimento generati attraverso il monitoraggio e la valutazione dell’effettiva attuazione ed efficacia delle misure e il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di prevenzione.

Il sistema di gestione del rischio corruttivo implementato dall’ATS Val Padana è stato progettato nel rispetto dei seguenti principi di carattere:

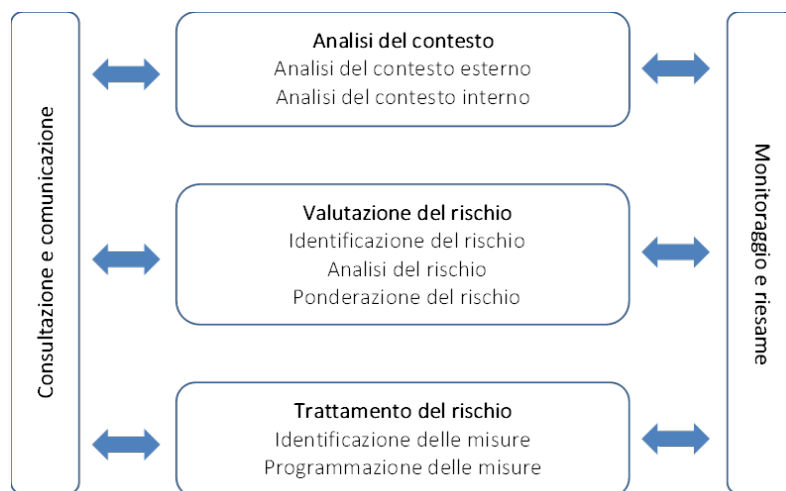
- ▶ STRATEGICO:
 - Coinvolgimento dell’organo di indirizzo
 - Cultura organizzativa diffusa di gestione del rischio
 - Collaborazione tra amministrazioni
- ▶ METODOLOGICO:
 - Prevalenza della sostanza di forma
 - Gradualità
 - Selettività
 - Integrazione
 - Miglioramento e apprendimento continuo
- ▶ FINALISTICO:
 - Effettività
 - Orizzonte del valore pubblico

Sulla base di tali presupposti, la metodologia utilizzata dall’ATS della Val Padana per la gestione del rischio si ispira a quella elaborata per il miglioramento continuo della qualità (sistemi UNI EN ISO 31000 e 9000):



P (Plan) Pianificazione
 D (Do) Realizzazione del programma
 C (Check) Monitoraggio e verifica del grado di realizzazione del programma
 A (Act) Attuazione del miglioramento

e si articola nelle seguenti fasi:



2.3.5.1 Analisi del contesto dell'ATS della Val Padana

Per l'analisi del contesto si rimanda alla trattazione di cui ai [§ 1.2](#) "Il contesto esterno dell'ATS della Val Padana" e [§ 1.3](#) "Il Contesto Interno" del presente documento.

2.3.5.2 Mappatura dei processi

L'aspetto più centrale dell'analisi del contesto interno è la mappatura dei processi.

Tale mappatura, nell'ATS della Val Padana, si basa sul nutrito complesso di documenti codificati nell'ambito del Sistema di Gestione della Qualità applicato a tutta l'Agenzia, che è oggetto di un sistematico e costante aggiornamento.

Attraverso il fondamentale contributo dei Referenti del RPCT e degli operatori – che hanno collaborato in gruppi di lavoro istituiti *ad hoc* – è stato possibile individuare i processi correlati alle aree di rischio identificate nei PNA, ossia:

Aree Generali:

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- Provvedimento ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario
- Contratti pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
- Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale)
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Incarichi e nomine
- Affari legali e contenzioso

Aree specifiche per le aziende e gli enti del SSN:

- Attività libero professionali
- Liste di attesa
- Rapporti con soggetti erogatori

I processi così individuati ed aggregati sono stati identificati e descritti declinando le seguenti informazioni:

- Titolo
- Descrizione
- Input (del processo)
- Output (del processo)
- Attività
- Soggetti che svolgono le attività

L'elenco dei processi oggetto di valutazione è riportato nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" sez. "Elenco Processi".

L'elenco è stato elaborato anche in correlazione con l'"Elenco dei procedimenti" (che rappresenta una sorta di catalogo dei procedimenti amministrativi) – pubblicato sul sito web aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente > Attività e procedimenti > Tipologie di procedimento, cui si rimanda per ulteriori approfondimenti.

Ai fini della mappatura dei processi rilevanti per il Piano della ATS della Val Padana, il RPCT ed i Referenti Responsabili di Dipartimento e di Servizi Amministrativi, hanno effettuato le seguenti valutazioni preliminari:

- nell'ambito delle Aree Generali:

si ritiene di non considerare particolarmente a rischio l'area "Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio", caratterizzata da completa tracciabilità informatica sempre più marcata (es: PagoPA, NSO, ecc.), da assenza di discrezionalità, da un capillare controllo regionale (anche nell'ambito del P.A.C.).

Si considera invece maggiormente rappresentativa delle funzioni istituzionali, ed anche maggiormente a rischio, l'area "Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni", che è ben rappresentata in vari processi di competenza dei Dipartimenti,

- La sezione Contratti Pubblici:

tiene conto del fatto che, l'Agenzia soggiace alla normativa stringente in materia di appalti, nazionale e regionale, che prevede l'obbligo di adesione a convenzioni regionali, convenzioni CONSIP, gare aggregate tra aziende del consorzio/fuori consorzio e acquisti diretti MEPA, sistema che ha di fatto limitato il numero e la tipologia di gare singole interamente gestite dalla Stazione Appaltante e, quindi, ridotto i rischi di corruzione in materia di appalti. Le procedure di gara sono gestite esclusivamente sulle piattaforme telematiche regionali (SINTEL) e nazionali (MEPA) con processi predefiniti;

- Per quanto concerne la Sezione SANITA':

con riferimento alle aree di rischio specifiche declinate dall'ANAC nel PNA, stante la specificità del modello sociosanitario lombardo, non rientrano nella competenza dell'ATS l'area "Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni" e le "Attività conseguenti al decesso intraospedaliero".

Anche l'area "attività libero professionale e liste di attesa" è poco significativa per quanto concerne l'attività libero professionale svolta in modo assolutamente residuale da Dirigenti ATS; mentre risulta non pertinente la componente "liste d'attesa" (riferibile invece direttamente alle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale svolta dalle ASST); tuttavia il monitoraggio delle liste d'attesa può rientrare fra le funzioni di vigilanza svolte dalla ATS rispetto agli erogatori contrattualizzati.

Assolutamente rilevante è invece, come evidenziato nell'analisi di contesto esterno ed interno, l'area dei "Rapporti contrattuali con privati accreditati", ben rappresentata nella mappatura dei processi.

Sulla base di tali considerazioni – che trova fondamento anche negli esiti dell'attività di analisi e valutazione del rischio condotta negli scorsi anni – si è provveduto ad aggiornare l'"Elenco Processi", ai fini dell'applicazione della metodologia di valutazione dei rischi, applicata in coerenza con i principi di gradualità e sostenibilità.

2.3.5.3 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

Come previsto dal PNA, la valutazione del rischio avviene in tre fasi:

1. Identificazione

L'identificazione degli eventi rischiosi ha l'obiettivo di individuare comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi dell'Agenzia, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo. Ai fini dell'identificazione del rischio, si è provveduto a:

- a) Definire l'oggetto di analisi (unità di analisi) identificandolo nelle singole fasi dei processi dell'Agenzia;
- b) Definire tecniche di identificazione e fonti informative;
- c) Individuare i rischi: allo scopo, l'Agenzia adotta quale punto di riferimento l'Universo dei Rischi codificato nel Manuale Operativo dell'Internal Auditing di Regione Lombardia, in quanto ritenuto strumento adeguato a rappresentare anche i rischi relativi ai processi dell'Agenzia.

Il "Registro dei Rischi" è rappresentato nel PIAO - Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" sez. "Registro dei Rischi"; si precisa che il Registro dei Rischi include tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi all'interno dell'Agenzia.

2. Analisi e stima del livello di esposizione al rischio

L'analisi del rischio ha l'obiettivo di addivenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi attraverso l'identificazione dei cosiddetti "fattori abilitanti" ovverosia quei fattori di contesto che favoriscono / possono favorire (in caso di rischio potenziale) il verificarsi di comportamenti o fonti di corruzione.

La definizione del livello di esposizione del rischio, necessaria per individuare le attività su cui concentrare l'attenzione per progettare / rafforzare le misure di trattamento, ed il monitoraggio del RPCT, avviene secondo un approccio cosiddetto "misto" ossia che combina:

- ▶ una valutazione di tipo quantitativo, riferita al "rischio inerente" (al "lordo" delle misure di prevenzione/controlli in essere) in cui l'indice di rischio (IR) è la risultante del prodotto dei punteggi attribuiti (scoring) alle dimensioni della probabilità (P) e dell'impatto (I)

$$IR = P \times I$$

- ▶ una valutazione di tipo qualitativo, in cui il livello di esposizione al rischio è classificata applicando una scala di misurazione ordinale in Alto – Medio – Basso, in base a motivate valutazioni sulla base di:
 - Specifici criteri, tradotti nei seguenti indicatori (Key Risk Indicators);
 - Dati oggettivi, a supporto della valutazione;
 - Ulteriori dati in possesso dell'amministrazione (es. dati disponibili in base agli esiti dei controlli interni delle singole amministrazioni, rassegne stampa, ecc.).

La valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, riferita alla singola fase, è supportata ad un'adeguata motivazione che tiene in debita considerazione l'efficacia delle misure generali e specifiche già in atto presso l'Agenzia (con particolare riferimento alla loro idoneità e al loro grado di applicazione) e ai dati riportati a supporto dell'analisi.

3. Ponderazione

Finalità della presente fase è l'individuazione delle azioni da intraprendere per ridurre il livello di esposizione al rischio (residuo) delle fasi prese in esame ed identificare le priorità di trattamento.

Va precisato che la ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti.

Nella valutazione del rischio, quindi, è necessario tener conto delle misure già implementate per poi concentrarsi sulla necessità / opportunità di introdurre ulteriori misure volte ad abbattere il rischio residuo (ossia su quella "quota" di rischio che rimane una volta attuate le misure generali e specifiche) per raggiungere un livello quanto più prossimo allo zero.

Le ulteriori misure da attuare dovranno essere previste nel rispetto del principio di sostenibilità economica ed organizzativa e degli ulteriori principi metodologici che ispirano la valutazione del rischio.

Nella "Scheda di Processo" (si veda l'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" – sez. "Schede di valutazione del rischio"), sulla base delle valutazioni effettuate vengono quindi identificate le "Ulteriori Misure" oppure viene espresso un giudizio di "non necessità" di ulteriori azioni, sottintendendo quest'ultimo il mantenimento nel tempo delle misure già in atto.

Ulteriori informazioni di dettaglio relative alla metodologia di valutazione del rischio applicata sono riportate nell'Allegato 3 "Metodologia di valutazione del rischio e schede di processo", cui si rimanda.

2.3.5.4 Il trattamento del rischio: progettazione di misure organizzative

L'individuazione dei correttivi e delle modalità più idonee a prevenire i rischi è l'attività che contraddistingue la fase di "trattamento" del rischio.

L'attività di trattamento del rischio, articolata negli step di individuazione delle misure e loro programmazione (step reciprocamente qualificati) costituisce il "core" della strategia di prevenzione della corruzione rappresentata nella presente sezione; essa viene pertanto gestita in stretta correlazione con gli strumenti aziendali di gestione delle performance, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

Programmazione delle misure

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, la programmazione delle misure avviene secondo una logica programmatica, così come avviene per gli altri strumenti di programmazione aziendali, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse.

Vengono successivamente declinate nel ciclo della Performance e negli obiettivi di budget annuali per i responsabili delle strutture aziendali, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa, le misure rappresentate in forma sinottica nell'Allegato "Programmazione delle misure di prevenzione" (nel caso di misure di particolare complessità, è possibile elaborare un piano di lavoro con la declinazione delle singole fasi).

Nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" – sez. "Programmazione delle misure di prevenzione" sono riportate in forma sinottica tutte le misure di prevenzione pianificate per l'anno 2025.

2.3.5.5 Le misure di prevenzione del rischio di corruzione nell'ATS della Val Padana

Le misure di prevenzione della corruzione che l'Agenzia adotta sono definite in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente e dai PNA e si articolano in:

- Misure generali che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione;
- Misure specifiche che agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su problemi specifici.

Le tipologie di misure adottate nell'ATS della Val Padana – che possono assumere una valenza sia generale, che specifica – sono:

- Controllo;
- Trasparenza (comprendendo accesso civico e accesso civico generalizzato);
- Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- Regolamentazione;
- Semplificazione;
- Formazione;
- Sensibilizzazione e partecipazione;
- Rotazione;
- Segnalazione e protezione;
- Disciplina del conflitto di interessi;
- Regolazione dei rapporti "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).

Le misure sono proposte e progettate anche in base agli esiti della valutazione del rischio e del monitoraggio dell'attuazione del Piano dell'anno precedente.

Le misure per l'anno 2025 vengono di seguito illustrate – raggruppate per tipologia – in forma discorsiva; tutte le misure – generali e specifiche – sono rappresentate in forma sinottica nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" - Sez. "Programmazione delle Misure di Prevenzione".

Misure di trasparenza e accesso civico

Gli adempimenti di trasparenza tengono conto delle prescrizioni contenute nella Legge n. 190/2012, nel D.Lgs. n. 33 del 2013 come novellato dal D.Lgs. n. 97/2016, nei PNA 2019, 2022 e 2023, nella Delibera ANAC 1310 del 28/12/2016 e nelle altre fonti normative vigenti.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre che costituire livello essenziale delle prestazioni erogate dalla P.A., rappresenta un valido strumento di diffusione e affermazione della cultura della legalità, nonché di prevenzione e di lotta a fenomeni corruttivi. Attraverso la pubblicazione on line dei dati e delle informative previste dalla normativa vigente, l'Agenzia offre inoltre a tutti i cittadini un'effettiva opportunità di partecipazione e coinvolgimento. In quest'ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, in qualità sia di destinatario delle attività delle pubbliche amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

Ai fini di dare attuazione al principio di trasparenza - intesa dal D.Lgs. n. 97/2016 come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni (e non più semplicemente come accessibilità totale delle informazioni relative all'organizzazione e all'attività delle pubbliche amministrazioni) e volta non solo a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, ma anche, più in generale, a tutelare i diritti dei cittadini e a promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa - , nell'Allegato 3 "TRASPARENZA" è riportata la tabella "Obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente; la tabella, corrispondente all'Allegato 1 della Delibera ANAC 1310 del 28/12/2016 (così come aggiornata dal PNA 2022 e PNA 2023, oltre che dalla Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023) ed elaborata con i necessari adeguamenti alla specificità organizzativa dell'Agenzia, elenca gli Obblighi di Pubblicazione, declinati in obiettivi di trasparenza della ATS della Val Padana, comprensivi dei seguenti elementi:

- Tipologie di dati;
- Riferimento normativo;
- Denominazione del singolo obbligo;
- Contenuti dell'obbligo;
- Aggiornamento e Termini di effettivo aggiornamento;
- Responsabili dell'individuazione / elaborazione, trasmissione e pubblicazione;
- Rif. Art. 9 bis - Allegato B D.Lgs. n. 33/2013 (Link a Banche Dati).

La tabella "Obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente" trova piena corrispondenza nella analoga struttura del sito web aziendale.

La Sezione "Amministrazione Trasparente" viene aggiornata anche in applicazione dell'Art. 9-bis - Pubblicazione delle banche dati, introdotto dal D.Lgs. n. 97/2016, che dispone che le pubbliche amministrazioni possano assolvere agli obblighi di pubblicazione attraverso l'indicazione sul proprio sito, nella sezione "Amministrazione Trasparente", del collegamento ipertestuale alle banche dati di cui all'Allegato B.

Ciascun Direttore/Dirigente/Referente è responsabile delle pubblicazioni previste dalla normativa per i procedimenti di propria competenza e degli uffici afferenti alla propria struttura; provvede alla trasmissione tempestiva al Responsabile dell'Ufficio Attività di Comunicazione Aziendale e Relazioni Esterne (titolare della gestione del sito web dell'Agenzia) e dei documenti da pubblicare.

Per favorire e supportare a livello aziendale l'attuazione degli adempimenti, il RPCT coordina i Referenti responsabili della pubblicazione e della produzione dei dati e provvede ad effettuare un monitoraggio periodico (di norma, trimestrale) del rispetto degli obblighi, assicurando la completezza, la qualità e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

I Direttori/Dirigenti/Referenti responsabili delle pubblicazioni collaborano con il RPCT nell'istruttoria per la compilazione della Griglia ANAC funzionale alla Attestazione annuale (di norma entro il 30 aprile – o altro termine – espressamente indicato ogni anno da ANAC) degli obblighi di pubblicazione di competenza del Nucleo di Valutazione.

Il RPCT effettua controlli mirati a seguito di richieste di accesso civico, relativamente agli atti oggetto di pubblicazione, a seguito di richieste presentate all'Agenzia da soggetti terzi, e riferisce gli esiti dei controlli alla Direzione Generale.

Il RPCT, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 43 del D.Lgs. n. 33/2013 così come modificato dall'art 34 del D.Lgs. n. 97/2016, segnala al Direttore Generale, al Nucleo di Valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio di Disciplina i casi di incompleto, mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Ulteriori indicazioni metodologiche sono riportate nel § 2.3.6 "La Trasparenza: programmazione ed attuazione" nella quale viene declinata in modo specifico la programmazione degli obiettivi e dei flussi procedurali per garantire la trasparenza, cui si rimanda.

Oltre all'assolvimento degli obblighi di trasparenza, sono previste per l'anno 2025 ulteriori misure specifiche rappresentate nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" - Sezione "Programmazione delle misure di prevenzione", cui si rimanda.

Il Direttore Generale ha comunicato al RPCT gli "Obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza", individuando i "Dati Ulteriori" da pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito aziendale; in particolare, è confermato anche per l'anno 2025 di fornire le informazioni al cittadino/utente dati, informazioni e

documenti relativi al contesto epidemiologico, allo stato di salute della popolazione (responsabile della pubblicazione e del periodico aggiornamento sarà il Direttore della SC Osservatorio Epidemiologico).

Accesso Civico

Il D.Lgs. n. 33/2013 ha introdotto e disciplinato l'accesso civico, in base al quale chiunque ha il diritto di richiedere documenti/informazioni/dati per i quali non risulti osservato dalla pubblica amministrazione l'obbligo di pubblicazione previsto dalla normativa vigente.

L'istanza deve contenere la descrizione dei documenti/dati/informazioni richiesti (tale da consentirne l'individuazione) ed è presentata al RPCT, il quale entro il termine di 30 giorni dal ricevimento dell'istanza dà comunicazione della pubblicazione nel sito del documento/informazione/dato richiesto (se oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013) indicando il collegamento ipertestuale.

Con riferimento all'accesso civico "generalizzato", introdotto dal D.Lgs. n. 97/2016 e disciplinato dalle Linee Guida ANAC adottate con deliberazione n. 1309 del 28/12/2016, nonché dallo specifico "Regolamento in materia di accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato" per l'ATS della Val Padana (approvato con Decreto n. 261 del 29/06/2017) con la relativa modulistica, è stata adeguata la relativa sottosezione "[Accesso Civico](#)" della sezione "Amministrazione Trasparente" con l'indicazione delle modalità per l'esercizio del diritto di accesso, dei tempi procedurali e dell'ufficio ulteriore (rispetto all'URP o al Servizio detentore dei dati richiesti, individuato nella SC Affari Generali e Legali) possibile destinatario delle richieste.

Il RPCT può ricevere richieste di riesame in seconda istanza.

Tutti i Responsabili destinatari di istanze di accesso (documentale, civico, civico generalizzato) collaborano con l'URP per la compilazione del Registro Accessi da pubblicare in "Amministrazione Trasparente".

Ulteriori indicazioni metodologiche sono riportate nel § 2.3.6 "La Trasparenza: programmazione ed attuazione" nella quale viene declinata in modo specifico la programmazione degli obiettivi e dei flussi procedurali per garantire la trasparenza, cui si rimanda.

Misure di formazione del personale

La formazione rappresenta una delle leve strategiche più rilevanti per la prevenzione della corruzione e per la diffusione di una cultura dell'etica, dell'integrità e della legalità in linea con la visione e le strategie aziendali.

Al riguardo, è prevista la realizzazione – nell'ambito del Piano di Formazione Aziendale anno 2025 – di eventi formativi differenziati, sia nei contenuti, sia per livello di approfondimento:

- formazione di base, rivolta a tutti gli operatori neoassunti, sui temi dell'etica, della legalità e dell'integrità. In particolare, la formazione di base consentirà ai neoassunti di entrare nell'organizzazione con la conoscenza del complesso degli strumenti e delle disposizioni aziendali in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (con riferimento alle strategie e alle misure previste nella presente sezione) e ai doveri di comportamento (previsti dal Codice di Comportamento aggiornato nell'anno 2023);
- formazione su tematiche specifiche correlate ai rischi corruttivi.

Sarà compito dei Dirigenti supportare l'RPCT nell'individuazione degli operatori da coinvolgere negli eventi formativi.

In relazione alla formazione del RPCT, questa viene assicurata anche tramite la partecipazione ad eventi formativi esterni, considerato il carattere specialistico delle tematiche affrontate.

Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard comportamento

Codice di Comportamento

Il Codice di Comportamento della ATS della Val Padana (approvato con Decreto n. 834 del 21/12/2023) si applica sia al personale dipendente (comparto e dirigenza), sia a tutti i collaboratori o consulenti (con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo incardinati nell'ATS) di cui l'ATS si avvale, sia ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione degli organi di vertice, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'ATS. L'inosservanza del Codice di Comportamento dà luogo a responsabilità disciplinare (fatte salve altre responsabilità); inoltre, come indicato nel Codice, la violazione del Codice implica la risoluzione del contratto/rapporto e, a tal fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizione delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, nonché nei disciplinari e nei capitolati di appalto vengono inserite disposizioni o clausole che:

- o richiamino esplicitamente il Codice stabilendo l'osservanza degli obblighi di condotta previsti, per quanto compatibili;
- o contengano la dichiarazione di presa visione del Codice stesso, disponibile sul sito aziendale;
- o specifichino che la violazione degli obblighi derivanti dal citato Codice comporterà la risoluzione/decadenza del contratto/rapporto e, per il personale titolare di contratti di lavoro autonomo, può costituire condizione di risoluzione del contratto di lavoro;
- o gli effetti della violazione degli obblighi da parte dei collaboratori di imprese fornitrici di beni e servizi sono definiti mediante apposite clausole da inserire nei contratti con le imprese stesse.

Tra le misure correlate al Codice di Comportamento si richiamano:

- adeguamento, a cura dei Servizi amministrativi competenti, di tutti gli atti di competenza agli obblighi sopra richiamati;
- verifica della conoscenza del Codice di Comportamento nelle procedure di selezione del personale;
- attestazione di presa visione del Codice all'atto dell'assunzione;
- obbligo di informazione, con Relazione tempestiva a cura dei Responsabili delle strutture aziendali indirizzata al RPCT, di situazioni di violazioni del Codice a carico di dipendenti/collaboratori/fornitori afferenti alle strutture;
- obbligo di informazione al RPCT, a cura dei Responsabili delle strutture aziendali e dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, di tutti i procedimenti disciplinari, entro 15 giorni dall'avvio del procedimento, gestiti dai Dirigenti di struttura o dall'UPD;
- sensibilizzazione degli operatori all'applicazione sia in merito dei protocolli di sicurezza degli operatori a rischio aggressioni, tramite incontri formativi / informativi a cura del Risk Manager, sia in tema di mobbing, stalking e molestie in genere negli ambienti di lavoro, a cura del Comitato Unico di Garanzia;
- promozione della parità di genere nella formazione delle commissioni di concorso, a cura della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, anche attraverso la trasmissione alla Consigliera Regionale degli atti di nomina delle commissioni (entro tre giorni).

Prosegue sistematicamente e in forma consolidata l'azione di formazione/informazione sui contenuti del Codice di Comportamento, con particolare riferimento al personale neoassunto (come già rappresentato nel § Misure di formazione del personale).

Tutte le misure previste per l'anno 2025 relative al "Codice di Comportamento" sono declinate nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" – Sez. "Programmazione delle Misure di Prevenzione" e costituiscono parte integrante del presente paragrafo.

Misure di disciplina del conflitto di interessi

La situazione di conflitto di interessi si configura allorché la cura dell'interesse pubblico cui il funzionario è preposto potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi privati di cui sia titolare il medesimo funzionario, direttamente o indirettamente, con il conseguente rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione. La gestione del conflitto di interesse rientra nell'ambito della tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi, a garanzia del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 Cost. 9.

La gestione del conflitto di interessi viene considerata in relazione sia al personale dipendente, sia a soggetti esterni destinatari di incarichi presso l'Agenzia ed è affrontato mediante diversi strumenti:

- il Codice di Comportamento dell'Agenzia - i cui doveri sono integralmente richiamati nel presente documento, unitamente a quelli derivanti dai correlati Regolamenti approvati con il medesimo provvedimento ("Regolamento sulle incompatibilità e sulle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali" e "Regolamento per lo svolgimento di attività di docenza espletata dal personale dipendente") - disciplina puntualmente gli obblighi e le responsabilità dei singoli dipendenti e dei Dirigenti in tema di conflitto di interessi e di applicazione di misure di prevenzione. In particolare, declina responsabilità/modalità/tempistiche per la rilevazione e l'analisi delle situazioni di conflitto potenziale e reale, con specifico riferimento al dovere di segnalazione e all'obbligo di astensione (con riferimento alle situazioni palesi di conflitto di interesse reale e concreto, a quelle di potenziale conflitto di interesse o alle gravi ragioni di convenienza, con riguardo sia ai casi previsti dall'art. 6 bis L. 241/1990 e agli altri disciplinati nel Codice) oltre alle al dovere di comunicazione di interessi finanziari e non finanziari che potrebbero interferire con i doveri e le responsabilità dei dipendenti / dirigenti / consulenti attraverso la procedura PP7.0.22 "Attività correlate alla individuazione e gestione del conflitto di interessi" sono definiti le modalità e gli strumenti per l'attuazione degli adempimenti posti in capo ai dipendenti, ai Dirigenti responsabili e ad altri soggetti a vario titolo coinvolti nel processo di individuazione e corretta gestione del conflitto di interessi. Viene inoltre assicurata un'azione di sensibilizzazione costante del personale (a partire dalla fase dell'assunzione / inserimento) attraverso eventi

formativi specifici sul tema. Resta ferma, inoltre la disciplina nel caso di contratti ed altri atti negoziali, così come disciplinata nel Codice di Comportamento. La conoscenza del Codice di Comportamento viene accertata sin dalla fase del reclutamento.

- A seguito delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni introdotte dalla Legge 190/2012, sulla base della quale è stato emanato il D.Lgs. n. 39/2013⁴, l'Agenzia si è attivata per conformarsi ai relativi disposti – attenendosi anche alla Delibera ANAC n. 149 del 22/12/2014 – in materia di incompatibilità ed inconferibilità agli incarichi attribuiti ai componenti della Direzione Strategica. Con riguardo al Direttore Generale, le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità vengono rilasciate alla Giunta Regionale che, quale soggetto titolare dell'attribuzione dell'incarico, è competente ad effettuare la prescritta vigilanza ai sensi dell'art. 15 D.Lgs. 39/2013; per quanto attiene ai Direttori Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario, le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità sono rese al Direttore Generale contestualmente al conferimento dell'incarico. Le dichiarazioni di incompatibilità sono prodotte annualmente e ogniqualvolta si dovesse presentare una causa di incompatibilità. Le dichiarazioni sono pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'Agenzia e soggette alle necessarie verifiche al fine di assicurare la vigilanza come disposta dall'art. 15 D.Lgs. 39/2013 e da specifiche Linee Guida ANAC. Sono state inoltre recepite le successive indicazioni dell'Autorità (delibere n. 1146 del 25/09/2019, n. 1201 del 18/12/2019 e n. 713 del 04/08/2020) relative all'applicabilità del D.Lgs. n. 39/2013 agli incarichi dirigenziali (responsabili di struttura) – non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario. L'acquisizione della dichiarazione avviene preliminarmente al conferimento dell'incarico, al fine di consentire lo svolgimento delle verifiche necessarie e secondo le periodicità previste; le dichiarazioni sono oggetto di pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.
- Nel caso di conferimenti di incarichi a consulenti esterni e/o allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, si richiamano l'art. 53 D.Lgs. 165/2001 e i Regolamenti aziendali vigenti (Regolamento sulle incompatibilità e sulle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali” e “Regolamento per lo svolgimento di attività di docenza espletata dal personale dipendente”), che impongono la verifica preventiva dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi. Al riguardo, sono previsti anche specifici obblighi di pubblicazione stabiliti dal D.Lgs. n. 33/2013 (richiamati nella Tabella degli Obblighi di Pubblicazione dell'Allegato 3 “TRASPARENZA” cui si rimanda).
- Vi sono poi ulteriori disposizioni, previste dall'art. 35-*bis* del D.Lgs. 165/2001 relative alla prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici, che stabiliscono preclusioni ad operare in settori esposti ad elevato rischio corruttivo, laddove l'affidabilità dell'interessato sia incisa da una sentenza di condanna, anche non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione. Ai fini dell'applicazione dell'art. 35-*bis* D.Lgs. n. 165/2001, l'Agenzia attua la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o soggetti cui intende conferire incarichi, all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di contratti pubblici o di commissioni concorso, dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche di cui all'art. 35-*bis*, art. 1, comma 2 D.Lgs. n. 165/2001, del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi di cui all'art. 3 D.Lgs. n. 39/2013. Qualora la verifica evidenziasse l'esistenza di precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione⁵, l'Agenzia: si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione, applica le misure previste dall'art. 3 D.Lgs. 39/2013, conferisce l'incarico / dispone l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.
- Al fine di dare attuazione alla misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*Revolving Door – Pantouflage*), tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16-*ter*, del D.Lgs. n. 165/2001⁶ che prevede il divieto, a carico dei dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale dei dipendenti stessi, l'Agenzia consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce circa l'avvenuta consegna della stessa e l'impegno al rispetto del divieto; il divieto è inoltre esplicitato nel contratto di assunzione e nell'atto di cessazione del rapporto di lavoro. L'Agenzia si riserva di effettuare opportune verifiche in caso di segnalazione. È inoltre previsto l'inserimento nei bandi di gara (o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici)

⁴ Rilevano, al riguardo, gli effetti del D.Lgs. n. 150/2022 (c.d. “Riforma Cartabia”) sull'art. 3, c.7, D.Lgs. n. 39/2013, così come specificato anche da ANAC con delibera n. 502 del 29/10/2024.

⁵ Si tiene in considerazione la L. n. 114/2024, con la quale è stato abrogato l'abuso d'ufficio di cui all'art. 323 c.p. Rileva tuttavia evidenziare che è stata sollevata, al riguardo, una questione di legittimità costituzionale (dal Tribunale di Firenze), sulla quale la Corte Costituzionale non si è ancora pronunciata.

⁶ Ai fini dell'interpretazione e dell'applicazione delle disposizioni normative, si considerano le indicazioni ANAC di cui alla delibera n. 493 del 25/09/2024 “Linee Guida n. 1 in tema di c.d. divieto di pantouflage – art. 53, comma 16-*ter*, D.Lgs. 165/2001”.

dell'obbligo per l'operatore economico di dichiarare di non aver stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del divieto di *pantouflage*. Il divieto di *pantouflage* è infine riportato anche nei contratti con gli erogatori.

- Per quanto riguarda la disciplina del conflitto di interesse nell'area Contratti, con particolare riferimento a situazioni di conflitto di interessi in capo ai dipendenti della stazione appaltante e delle commissioni giudicatrici, si rimanda al § Misure di Patti di Integrità negli Affidamenti e Misure di prevenzione e controlli per tutti i processi dell'area Contratti.

Per tutti processi aziendali, costituisce specifica responsabilità ed è obiettivo dei Direttori e dei Responsabili delle articolazioni aziendali monitorare le situazioni di potenziale conflitto di interessi, applicando nei rispettivi ambiti le misure di gestione e di prevenzione indicate nel Codice di Comportamento; i Referenti aziendali inviano al RPCT, in occasione della Relazione semestrale di monitoraggio della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO, una descrizione delle segnalazioni ricevute dai dipendenti e delle misure adottate.

Per i Direttori della SC Affari Generali e Legali e del RPCT e della SC Gestione e sviluppo Risorse Umane l'obiettivo è anche la acquisizione e la verifica delle dichiarazioni di inconferibilità e di incompatibilità prevista dalla normativa vigente.

L'ATS della Val Padana pone particolare e costante attenzione al tema del conflitto di interesse, anche in ragione della specificità delle attività che rientrano nel mandato istituzionale dell'Agenzia. Per questa ragione, vengono sistematicamente previsti ed attuati sia eventi formativi rivolti ai neoassunti – per informarli rispetto ai doveri del dipendente, così come previsti nel Codice di Comportamento, sia eventi formativi specifici al personale operante nelle aree più esposte al rischio.

Tutte le misure previste per l'anno 2025 inerenti alla presente "disciplina del conflitto di interessi" sono declinate nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" – Sez. "Programmazione delle Misure di Prevenzione" e costituiscono parte integrante del presente paragrafo.

Misure di segnalazione e protezione (Whistleblowing)

Come previsto dalla normativa vigente (art. 1, co. 51, L. 190/2012; D.Lgs. 24/2023), dal PNA e dalle linee guida ANAC di cui alla delibera n. 311/2023, l'Agenzia rende disponibili strumenti che consentano la segnalazione di situazioni di violazioni del diritto dell'Unione e di disposizioni normative nazionali, avendo cura di offrire opportune garanzie circa l'anonimato del segnalante e sull'applicazione delle forme di tutela previste dalla normativa vigente in materia.

Il *whistleblower* è il dipendente che testimonia un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni e decide di segnalarlo a una persona o un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza, se possibile tempestiva, di problemi o pericoli all'ente di appartenenza o alla comunità. Il *whistleblowing* consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte a incentivare tali segnalazioni, proteggendo il segnalante. Vengono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano comportamenti, rischi, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico. Il *whistleblowing* non riguarda le lamentele di carattere personale del segnalante, disciplinate da altre procedure.

Per garantire tempestività di azione ed evitare la "fuoriuscita" incontrollata di segnalazioni che potrebbero compromettere l'immagine dell'Agenzia, le segnalazioni sono indirizzate al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Le segnalazioni sono considerate riservate e l'identità del segnalante è conosciuta solo da chi riceve la segnalazione.

Al riguardo, l'Agenzia – con decreto n. 814 del 21/12/2023 – ha adottato il "Regolamento per la gestione delle segnalazioni di violazione del diritto dell'Unione e delle disposizioni normative nazionali e relative forme di tutela (*whistleblowing*)" che si conforma alle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 24/2023 e alle Linee Guida ANAC di cui alla delibera 311/2023. La procedura per effettuare le segnalazioni è pubblicata sul sito web aziendale, nella sezione [Amministrazione Trasparente \ Altri Contenuti \ Prevenzione della Corruzione \ Whistleblowing](#) e nell'area intranet aziendale.

Nel corso dell'anno 2025, proseguirà l'azione di informazione dei neoassunti, al fine di garantire una diffusione capillare ed una sensibilizzazione rispetto all'istituto del *whistleblowing* ed agli strumenti che l'Agenzia mette a disposizione dei propri dipendenti.

Tutte le misure previste per l'anno 2025 inerenti alla presente "Segnalazione e Protezione (Whistleblowing)" sono declinate nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" – Sez. "Programmazione delle Misure di Prevenzione" e costituiscono parte integrante del presente paragrafo.

Misure di rotazione

La rotazione “ordinaria”

Come indicato nel PNA⁷, la misura della rotazione del personale risponde ai seguenti principi:

- è finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione;
- può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore, in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive senza determinare inefficienze e malfunzionamenti;
- vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale;
- dove non sia possibile utilizzare la rotazione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative e adottare altre misure di natura preventiva;
- il RPCT verifica, d'intesa con il dirigente competente, «l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio» (rotazione “ordinaria”);

La rotazione straordinaria già prevista dal D.Lgs. 165/2001, (art. 16, co. 1, lett. l-*quater*) come misura successiva al verificarsi di fenomeni corruttivi.

Negli uffici a più elevato rischio è preferibile che la durata dell'incarico sia fissata al limite minimo legale. Alla scadenza, la responsabilità dovrebbe essere di regola affidata ad altro dirigente, a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente. Progressivamente la rotazione dovrebbe essere applicata anche a quei dirigenti che non operano nelle aree a rischio.

La rotazione ordinaria del personale non dirigenziale può essere effettuata o all'interno dello stesso ufficio (funzionale) o tra uffici diversi dell'Agenzia. La rotazione è applicabile anche ai titolari di incarichi di funzione, nei casi in cui il personale dirigenziale sia carente o assente.

Per l'Area tecnica e amministrativa non esiste una specificità di profilo per ricoprire un incarico apicale, come nel caso dei clinici; tuttavia, è fondamentale non perdere una specificità di competenza che deriva dalla formazione e dall'esperienza. La necessità che le aziende sanitarie realizzino in questo ambito le condizioni per la fungibilità attraverso gli accennati processi di pianificazione e di qualificazione professionale.

Un'ipotesi alternativa consiste nella c.d. “segregazione di funzioni”.

Criteri per la rotazione del personale nell'ATS della Val Padana.

La misura della rotazione (territoriale, o di composizione di équipe, o di segregazione delle competenze) è considerata una misura organizzativa ordinaria e diffusa capillarmente nei processi, costituendo un efficace strumento di riduzione del livello di rischio. La rotazione viene applicata prioritariamente ai settori/processi esposti ad un livello di rischio maggiore, come individuati nel presente documento.

Nel presente PIAO – “Sezione Anticorruzione e Trasparenza” si confermano quindi i criteri per la rotazione del personale, di seguito riportati, come esplicitati nel PNA e come indicati nei precedenti PTPCT/PIAO:

- si persegue il giusto temperamento tra l'applicazione del principio di rotazione e l'esigenza di non disperdere le professionalità acquisite e consolidate in capo al personale, per evitare un inutile aggravio dei tempi procedurali, tenuto conto delle dimensioni aziendali e delle peculiarità delle attività erogate dall'Agenzia;
- la rotazione si applica al personale dirigenziale e al personale con funzioni di responsabilità (personale di comparto con incarico di funzione o funzioni di coordinamento) operante nei processi aziendali caratterizzati da maggior rischio di corruzione, come risulta nella ponderazione del rischio effettuata nel presente PIAO;
- previsione del criterio della rotazione nell'ambito dell'avviso interno di selezione per il conferimento di incarico dirigenziale;
- previsione, nell'ambito del contratto di conferimento dell'incarico dirigenziale, della revoca o assegnazione ad altro incarico a seguito di avvio di procedimento penale o disciplinare;
- previsione di modalità organizzative a livello di singolo servizio al fine di definire, seguendo un criterio di rotazione, la composizione delle diverse équipe aziendali deputate alle attività di vigilanza realizzate dalla ATS. A titolo esemplificativo, tra le modalità organizzative si individuano:
 - rotazione del personale tra servizi e uffici diversi nel medesimo ambito distrettuale o fra ambiti territoriali diversi;
 - separazione delle funzioni di programmazione rispetto alle funzioni ispettive: gestione delle attività di vigilanza coordinata dai Dirigenti degli ambiti territoriali, in attuazione della programmazione definita dai Dirigenti

⁷ Rif. PNA 2019 – delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019

dell'ambito dipartimentale, basata sulla valutazione dei rischi e sulle linee guida regionali, con riduzione della discrezionalità;

- affidamento, a cura del Dirigente di struttura, dei sopralluoghi di vigilanza da effettuare a coppie di Tecnici della Prevenzione o altri operatori, con rotazione degli abbinamenti delle coppie;
- in piccole realtà organizzative con scarso personale, rotazione dell'attività, affidata di volta in volta a operatori diversi dal titolare, con rotazione delle pratiche da affidare ai Tecnici della Prevenzione;
- in tutti i casi in cui non sia possibile applicare la rotazione del personale preposto, per esempio, all'attività amministrativa, applicazione di doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo, sia da parte del soggetto istruttore della pratica, sia del titolare del potere di adozione dell'atto finale;
- verbali relativi ai sopralluoghi sempre sottoscritti dall'utente destinatario;
- supervisione/valutazione degli esiti della vigilanza da parte del responsabile gerarchico;
- le richieste di riconoscimento degli impianti soggetti a vigilanza vengono valutate da un Dirigente distrettuale che affida la pratica a due Tecnici della Prevenzione per l'iter istruttorio successivo;
- separazione delle funzioni ispettive dalle funzioni autorizzative;
- audit dipartimentali o interdistrettuali incrociati sulle attività svolte;
- composizione delle Commissioni con criteri di rotazione casuale.

Per quanto concerne la rotazione del personale in ambito veterinario, anche a fronte dell'aumentata complessità degli allevamenti e degli impianti associata alla richiesta di controlli più minuziosi e approfonditi, l'attività di vigilanza e controllo è svolta di norma da Dirigenti Veterinari che operano in team composti da due o più operatori, lasciando i controlli svolti singolarmente solo ai casi più semplici e meno sensibili. Ai fini del miglioramento della trasparenza e della prevenzione dell'insorgenza di conflitti d'interesse nell'esecuzione dei controlli, allo scopo di garantire il rispetto delle norme per la prevenzione della corruzione, di norma, tranne evidenti e comprovati disagi organizzativi o diminuzione delle performance, il criterio per la rotazione (anche parziale) del personale che esegue il controllo ufficiale negli impianti e negli allevamenti si basa sul tempo, che non deve superare i 5 anni consecutivi di permanenza nei medesimi impianti o territori. In caso di necessità o opportunità viene disposta l'assegnazione o la rotazione del personale anche a livello interdistrettuale. Le modalità di attuazione della rotazione in ambito veterinario sono espressamente disciplinate attraverso il "Regolamento per la rotazione del personale dirigente del Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale dell'ATS della Val Padana" (decreto n. 856 del 28/12/2023).

Per tutti i Referenti e per la SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane si confermano le misure già previste l'anno precedente, ovvero l'applicazione nei rispettivi ambiti delle misure di rotazione individuate nella presente sezione; per la SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, è previsto anche l'adeguamento Avvisi, Bandi e Contratti.

Con periodicità almeno semestrale, il RPCT effettua un monitoraggio – anche tramite l'acquisizione di puntuali rendicontazioni da parte dei Dirigenti – in merito all'effettiva attuazione della rotazione.

Tutte le misure previste per l'anno 2025 inerenti alla presente "Rotazione del personale" sono declinate nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" – Sez. "Programmazione delle Misure di Prevenzione" e costituiscono parte integrante del presente paragrafo.

La rotazione "straordinaria"

L'istituto della rotazione "straordinaria" è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) D.Lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. Dalla previsione normativa di attuare la rotazione «*del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*» si desume pertanto l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

La rotazione straordinaria viene attivata in presenza di "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva (art. 16, co. 1, lett. l-quater D.Lgs. 165/2001), ossia

- iscrizione del soggetto nel registro delle notizie di reato (art. 335 c.p.p.);
- e/o

- procedimento disciplinare per condotte di natura corruttiva.

L'istituto si applica a tutti coloro che hanno un rapporto di lavoro con l'Agenzia: dipendenti e dirigenti in servizio a tempo indeterminato ovvero con contratti a tempo determinato.

Nell'ATS della Val Padana s'intendono per fatti di corruzione quelli relativi ai reati espressamente previsti dall'art. 7 della L. n. 69 del 2015 e s.m.i., che costituiscono presupposto per l'attivazione dell'istituto della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, co. 1, lett. I-*quater*) D.Lgs. n. 165/2001:

Codice Penale - Titolo II - Reati contro la Pubblica Amministrazione

Capo I: delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica Amministrazione

Art. 317 Concussione

Art. 318 Corruzione per l'esercizio della funzione

Art. 319 Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio

Art. 319 bis Circostanze aggravanti

Art. 319 ter in atti giudiziari

Art. 319 quater Induzione indebita a dare o promettere utilità

Art. 320 Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio

Art. 321 Pene per il corruttore

Art. 322 Istigazione alla corruzione

Art. 322 *bis* Peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e istigazione alla corruzione di membri degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri

Capo II: delitti dei privati contro la pubblica amministrazione

Art. 346 *bis* Traffico di influenze illecite

Art. 353 Turbata libertà degli incanti

Art. 353 *bis* Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente,

Sono inoltre rilevanti:

- il reato di cui all'art. 314 comma 1 c.p.p. Peculato (per sottrazione di beni),
- la partecipazione del dipendente al delitto in forma di concorso nel reato (art. 110 c.p.) o di tentativo di reato (art. 56 c.p.).

Il Responsabile del procedimento di avvio della rotazione straordinaria è individuato, ai sensi dell'art. 16 - comma I *quater*- del D.Lgs. n. 165/2001, nella figura del Direttore di Struttura complessa di afferenza del soggetto interessato; su proposta del Direttore di Struttura Complessa, è cura dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) procedere all'adozione del provvedimento di rotazione straordinaria.

Il provvedimento deve essere adeguatamente motivato per dare conto delle valutazioni effettuate dall'Agenzia e delle decisioni conseguenti (ivi compresa la scelta dell'ufficio cui il dipendente viene destinato); la motivazione deve essere adeguatamente formulata anche qualora non venisse disposta la rotazione. L'adozione del provvedimento deve essere immediata, ossia non appena l'Agenzia sia venuta a conoscenza dell'avvio del procedimento penale, concedendo comunque all'interessato la possibilità di un contraddittorio (senza che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione di misure di tipo cautelare) e l'acquisizione di sufficienti informazioni atte a valutare l'effettiva gravità del fatto ascritto al dipendente.

In caso di impossibilità del trasferimento d'ufficio e/o di sede, purché si tratti di ragioni obiettive, quali l'impossibilità di trovare un ufficio o una mansione/incarico di livello corrispondente alla qualifica del dipendente da trasferire, l'ATS dispone – con provvedimento motivato - che il dipendente sia posto in aspettativa o in disponibilità con conservazione del trattamento economico in godimento. Non possono valere considerazioni sulla soggettiva insostituibilità della persona.

Prima di disporre l'aspettativa o la messa in disponibilità dovrà essere prioritariamente verificato che non vi sia altra collocazione possibile del dipendente presso altro ufficio/incarico e/o sede della Struttura di appartenenza o secondariamente non vi sia altra collocazione possibile del dipendente presso altra struttura (Dipartimento, SC o SSD/SS) e/o altra sede di ATS.

Misure di Patti di Integrità negli Affidamenti e Misure di prevenzione e controlli per tutti i processi dell'area Contratti

Il Patto di integrità rappresenta un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dall'Agenzia come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti in tutte le procedure di acquisizione di beni e servizi.

Il patto di integrità permette un controllo reciproco e sanzioni nel caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'Agenzia inserisce negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto, il Patto di Integrità in materia di contratti pubblici della Regione Lombardia e degli enti del servizio sociosanitario regionale è stato adottato con DGR n. XI/1751 del 17/06/2019 e aggiornato con DGR XII/3599 del 16/12/2024 in vigore dal 30/01/2025.

Nel rispetto della normativa stringente in materia di appalti, nazionale e regionale, si prevede:

- obbligo di adesione a convenzioni regionali stipulate dalla centrale di committenza;
- obbligo di adesione a convenzioni CONSIP;
- obbligo di programmazione triennale gare aggregate tra aziende del Consorzio (attualmente facciamo parte dell'Unione ATS composta da tutte le 8 ATS lombarde);
- obbligo di programmazione triennale acquisti di beni e servizi pari o superiori ad € 140.000,00;
- obbligo di programmazione acquisti superiori ad € 1.000.000,00 (entro il 31/10 di ogni anno);
- obbligo di programmazione triennale lavori superiore pari o superiore a € 150.000,00;
- obbligo di utilizzo degli strumenti messi a disposizione da Consip (MEPA – mercato elettronico della pubblica amministrazione- Accordi quadro, SDA – sistemi dinamici di acquisto) e dalla centrale di committenza regionale ARIA (piattaforma SINTEL);
- categorie merceologiche esclusivamente riservate ai soggetti aggregatori per le quali la stazione appaltante può procedere all'acquisto solo in situazioni residuali di importo o per esaurimento temporaneo delle convenzioni, previa autorizzazione regionale (DPCM 24/12/2015 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 09/02/2016 ad oggetto "Individuazione delle categorie merceologiche ai sensi dell'articolo 9, comma 3 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, unitamente all'elenco concernente gli oneri informativi" in cui vengono elencate le categorie merceologiche di beni e servizi riservate ai soggetti aggregatori secondo le soglie di valore nello stesso indicate (Beni: farmaci, vaccini, stent, ausili per incontinenza, protesi d'anca, medicazioni generali, defibrillatori, pace-maker, aghi e siringhe; Servizi: Servizi integrati per le apparecchiature elettromedicali, Servizi di pulizia per gli enti del SSN, servizi di ristorazione per gli enti del SSN, servizi di lavanderia per gli enti del SSN, servizio di smaltimento rifiuti sanitari, vigilanza armata, Facility management immobili, pulizia immobili, guardiania, manutenzione immobili e impianti).

Alla luce di quanto esposto sopra, le procedure di gara rimaste di competenza della singola stazione appaltante sono estremamente residue.

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, per il settore di competenza, occorre tenere in considerazione diversi fattori che intervengono nel procedimento che conduce all'acquisto di un bene, servizio o fornitura o all'affidamento di un lavoro.

In primo luogo, occorre considerare che i procedimenti che si svolgono in questo settore sono complessi, distinti in varie fasi, non tutte caratterizzate da uno stesso grado di rischio corruzione.

La legge speciale sugli appalti è costituita dal "Codice dei contratti pubblici", introdotto col D. Lgs. n. 36/2023 e ss.mm.ii., che disciplina tutte le procedure ammesse dalla legge ai fini degli acquisti e della stipulazione di contratti nel settore pubblico.

Per questi motivi le P.A., nel gestire i propri acquisti e nella stipulazione di contratti con i terzi, svolgono un'attività in gran parte vincolata ad iter predeterminati per legge. Pertanto, anche per l'ATS, il percorso riservato alla SC Gestione Acquisti (Economato-Provveditorato), per lo svolgimento della propria attività, è quello individuato dalla normativa di settore.

In particolare, nella scelta della procedura da adottare per il singolo acquisto, si tiene principalmente in considerazione quanto segue:

1. PROGRAMMAZIONE ACQUISTI: ai sensi dell'art. 37 del D. Lgs. 36/2023, l'ATS adotta il programma triennale degli acquisti di beni e servizi (entro il 31/10 per gli acquisti superiori al 1.000.000,00 di euro e, entro il 31/03, per gli acquisti pari o superiori a € 140.000,00) e il programma triennale dei lavori pubblici pari o superiori a € 150.000,00, nonché i relativi aggiornamenti annuali.

Ai sensi della DGR annuale relativa alla gestione del servizio sociosanitario, l'ATS deve:

- pianificare gli acquisti aggregati (concordati nel Consorzio di competenza e/o fuori consorzio) ed autonomi da svolgere nel triennio successivo;
- fornire tutti i fabbisogni per le gare che verranno indette dal soggetto aggregatore regionale (ARIA). Non è possibile espletare gare inserite nella programmazione di ARIA;
- dare la disponibilità all'espletamento di gare di interesse regionale in collaborazione con ARIA.

Indicatore di controllo: assenza di procedure di forniture e servizi, compresi i servizi di ingegneria e architettura, di importo pari o superiore a € 140.000,00 e assenza di procedure di lavori di importo pari o superiore a € 150.000,00 non inserite nella programmazione (tranne che motivate come straordinarie).

2. PROGETTAZIONE DELLA GARA: la progettazione della gara viene effettuata in accordo con il servizio utilizzatore che, per la segregazione delle competenze, predispone il capitolato tecnico. I fabbisogni vengono verificati sia sull'andamento storico degli acquisiti sia sulle modifiche (implementazioni/diminuzioni) di attività previste per il periodo di riferimento del contratto. Di norma, poiché per disposizioni regionali vengono espletate quasi esclusivamente gare aggregate, il capitolato tecnico è condiviso tra più professionisti di amministrazioni diverse.

Indicatore di controllo: assenza di ricorsi su clausole del bando che restringano la concorrenza.

3. SELEZIONE DEL CONTRAENTE: tutte le procedure di forniture e servizi, compresi i servizi di ingegneria e architettura, di importo pari o superiore a € 140.000,00 e tutte le procedure di lavori di importo pari o superiore a € 150.000,00 (ad esclusione di quelle con fornitore unico) - prevedono un atto di indizione che viene pubblicato, insieme a tutta la documentazione di gara, sia sulla piattaforma telematica di riferimento (MEPA o SINTEL), sulla BDNCP di ANAC (tramite le specifiche scede dell'orchestratore ANAC) e sul sito ATS - sezione bandi di gara.

Nella documentazione pubblicata sono indicati: termini e modalità di presentazione delle offerte, Responsabile del procedimento, termini di impugnazione, base d'asta, criterio di aggiudicazione, date delle sedute pubbliche nonché tutta la documentazione tecnica. La commissione giudicatrice (in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa) viene nominata scaduto il termine di presentazione delle offerte, acquisite le dichiarazioni di assenza di incompatibilità e di conflitto di interesse, Sono altresì pubblicati i curriculum dei componenti. Gli atti di indizione, ammissione ed esclusione dei concorrenti, aggiudicazione sono pubblicati tempestivamente nella BDNCP di ANAC e sul sito ATS- sezione bandi di gara.

Tutte le procedure sono espletate in modalità telematica: le procedure negoziate fino alle soglie comunitarie sono precedute da indagini di mercato/manifestazioni di interesse per individuare i soggetti da invitare, ai sensi della normativa; di norma non vengono inseriti limiti al numero dei soggetti da invitare. Per le procedure sopra soglia si privilegiano le procedure aperte o i Sistemi Dinamici di Acquisto (SDAPA) messi a disposizione da CONSIP o ARIA.

Indicatore di controllo: assenza di segnalazioni circa il mancato invito; Numero procedure con un solo offerente; Assenza di affidamenti diretti "per estrema urgenza" in mancanza dei presupposti; Verifica applicazione dell'esclusione delle offerte anormalmente basse (ove previsto dalla normativa vigente).

4. VERIFICA AGGIUDICAZIONE E STIPULA CONTRATTO: l'aggiudicazione viene disposta con determina del Direttore SC Gestione Acquisti o deliberazione del Direttore Generale e pubblicata tempestivamente nella BDNCP di ANAC, tramite le specifiche schede, previste nell'Orchestratore di ANAC. Nell'atto sono riportati l'aggiudicatario, il punteggio ottenuto in sede di valutazione della procedura, il valore del contratto, la durata e la decorrenza. La SC Gestione Acquisti (Economato-Provveditorato) verifica il possesso dei requisiti di ordine generale nonché di partecipazione, ai sensi di legge.

Indicatore di controllo: assenza di ricorsi sull'aggiudicazione.

5. ESECUZIONE DEL CONTRATTO E RENDICONTAZIONE: la fase più delicata del ciclo degli acquisti è legata all'esecuzione del contratto, per questo motivo, la necessità di controllare l'effettiva erogazione delle prestazioni/forniture previste dal contratto, per ogni contratto è prevista la nomina del Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC). Nell'atto di aggiudicazione il DEC viene individuato formalmente (previa dichiarazione di assenza di conflitto di interessi). Il DEC provvede al coordinamento, alla direzione e al controllo tecnico-contabile dell'esecuzione del contratto; assicura la regolare esecuzione del contratto da parte dell'esecutore, verificando che le attività e le prestazioni contrattuali siano eseguite in conformità dei documenti contrattuali.

Il DEC attesta la corretta esecuzione della fornitura/servizio autorizzando il pagamento delle prestazioni. Il RUP provvede alla liquidazione informatica delle fatture e all'invio alla SC Bilancio della documentazione necessaria al pagamento; in caso di richiesta di maggiori forniture/servizi rispetto ai valori previsti dal contratto, il RUP richiede al DEC una relazione a supporto, anche a mezzo e-mail. La maggior spesa è autorizzata dalla Direzione amministrativa, previa verifica della documentazione (relazione, % di incremento del contratto).

Nel 2025 è prevista la qualificazione delle Stazioni appaltanti per la fase di esecuzione da parte di ANAC. (valutare se inserire).

Indicatore di controllo: carenze accertate nell'esecuzione del servizio e/o incrementi nelle quantità delle prestazioni non motivati; proposte di varianti.

6. PROROGHE: tutte le proroghe contrattuali sono oggetto di monitoraggio semestrale regionale sia in termini di durata che in termini di importo. Per ogni proroga viene adottato un atto debitamente motivato.

Indicatore di controllo: proroghe dovute ad inefficienze dei servizi quale mancata programmazione o non motivate.

7. AFFIDAMENTI DIRETTI: ai sensi dell'art. 50 c. 1 lett. a) e b) del D. Lgs. 36/2023 relativamente agli affidamenti diretti di lavori inferiori a € 150.000,00 e forniture e servizi, compresi i servizi di ingegneria e architettura, inferiori a € 140.000,00, l'affidamento avviene, anche senza previa consultazione di più operatori economici, assicurando che siano scelti soggetti in possesso di documentate esperienze pregresse idonee all'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

I RUP aziendali (per forniture/servizi e per i lavori) vengono annualmente autorizzati alla stipula di contratti per affidamenti diretti con atto del Direttore Generale in cui vengono definite le soglie massime di affidamento per ogni tipologia di bene/servizio. L'ATS ha un regolamento interno per tali affidamenti, aggiornato con Delibera n. 478 del 07.11.2024. Il Direttore della SC Gestione Acquisti, trimestralmente, adotta una Determinazione di rendicontazione degli affidamenti diretti, di importo < € 5.000,00, da cui si evincono i beneficiari, gli importi, gli oggetti, lo strumento di acquisto (ricorso al MEPA /procedura di preventivo SINTEL o tradizionale – fax /e-mail) ed il rispetto del tetto di assegnazione annuale. Per ogni affidamento diretto da € 5.000,00, di norma, viene adottata una Determinazione del Direttore della SC Gestione Acquisti. Tutti gli atti sono inviati al Collegio Sindacale.

Indicatore di controllo: affidamenti al singolo fornitore ≥ € 140.000,00, artificioso frazionamento della fornitura, mancata programmazione.

Alle misure "ordinarie" di controllo previste nell'area Contratti, si aggiungono le misure a presidio dei rischi sugli interventi finanziati dai fondi PNRR/PNC.

In particolare:

INTERVENTI FINANZIATI DA FONDI PNRR / PNC		
Processi	Misura	Azione
Programmazione acquisti/lavori	Tracciabilità	Rilevazione interventi finanziati da fondi PNRR/PNC
Selezione del contraente	Monitoraggio Target & Milestone	Monitoraggio rispetto tempistiche cronoprogramma PNRR/PNC
Aggiudicazione e stipula contratto	Controllo	Verifiche aggiuntive: - Tracciabilità (CUP, CIG, Titolare effettivo) - Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici
Monitoraggio esecuzione del contratto	Monitoraggio Target & Milestone	Monitoraggio rispetto tempistiche cronoprogramma PNRR/PNC

Al fine di garantire il contenimento del rischio in tutte le fasi sopra rappresentate, tutti gli operatori della SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) sono formati sulla normativa in materia di appalti nonché in materia di corruzione. Tutti gli atti vengono pubblicati tempestivamente; gli operatori coinvolti nel processo di affidamento di contratti devono dichiarare le assenze di incompatibilità nonché di conflitto di interesse e, ove possibile, viene applicata la rotazione; la documentazione tecnica viene predisposta da altri servizi aziendali.

Si segnala, infine, che la normativa regionale e nazionale ha privilegiato i soggetti aggregatori, riducendo così il numero di procedure di gara che la SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato) svolge sia in aggregazione sia in autonomia.

Con periodicità semestrale il Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato) invia una Relazione semestrale al RPCT sulle misure applicate e sugli indicatori definiti per ogni processo.

A questi adempimenti, in ottemperanza a quanto previsto dall'All. C della DGR XI/491 del 02/08/2018 in materia di procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di gara nel caso di forniture e di servizi infungibili e/o esclusivi, si aggiunge l'obbligo informativo di rendicontazione semestrale alla Direzione Strategica e al RPCT.

Tutte le misure previste per l'anno 2025 inerenti alla presente "Patti di Integrità negli Affidamenti e Misure di prevenzione e controlli per tutti i processi dell'area Contratti" sono declinate nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" – Sez. "Programmazione delle Misure di Prevenzione" e costituiscono parte integrante del presente paragrafo.

Misure di regolazione dei rapporti con i “rappresentanti di interessi particolari”

Come evidenziato nel § 1.2 “Il Contesto Esterno”, per la ATS della Val Padana e per le sue tipiche funzioni istituzionali di programmazione, acquisto e controllo di prestazioni sanitarie e sociosanitarie rese da erogatori esterni, i “Rappresentanti di interessi particolari” sono identificati, nel presente documento, con gli Erogatori esterni accreditati (erogatori di prestazioni sanitarie e soggetti gestori di Unità d’Offerta di prestazioni sociosanitarie).

L’attività è puntualmente regolata ed effettuata dal Dipartimento PAAPSS sulla base delle norme regionali, che disciplinano l’attività di negoziazione con gli erogatori e la contrattualizzazione; tutti i contratti sono pubblicati in Amministrazione Trasparente. I criteri di effettuazione delle attività di vigilanza e il controllo sulle prestazioni sono descritti nel Piano dei Controlli (si veda § 1.2 “La rete d’offerta degli erogatori sanitari e sociosanitari”). Il Dipartimento monitora anche la pubblicazione dei tempi di attesa delle strutture erogatrici sui propri siti (inviando al RPCT una Relazione semestrale al riguardo) e verifica il rispetto da parte delle medesime strutture della normativa vigente in materia, A ciò si aggiunge un monitoraggio sul rispetto, da parte degli enti privati accreditati a contratto, degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e dalle Linee Guida ANAC (di cui alla determinazione n. 1134 del 08/11/2017).

Tutte le misure previste per l’anno 2025 inerenti alla presente “Regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari” sono declinate nell’Allegato 2 “GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI” – Sez. “Programmazione delle Misure di Prevenzione” e costituiscono parte integrante del presente paragrafo.

Misure di regolamentazione

L’ATS della Val Padana ha adottato un approccio per processi fortemente sistemico, da implementare gradualmente per favorire l’omogeneizzazione e l’uniformazione dei comportamenti e delle attività su tutto il territorio di competenza, al fine di garantire la qualità delle prestazioni e che le stesse siano erogate in forma controllata, con emersione delle responsabilità per ciascuna fase.

L’insieme dei Regolamenti aziendali, approvati con atto deliberativo, disciplina tutti gli ambiti di attività dell’azienda, Un link ai principali Regolamenti è riportato sia sul sito web aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente > Disposizioni Generali > Atti generali > Atti amministrativi generali > [Regolamenti aziendali](#).

Anche l’informatizzazione diffusa dei processi aziendali, che consente per tutte le attività dell’Agenzia (ed in particolare per le attività a maggior rischio) la tracciabilità dello sviluppo del processo e riduce quindi il rischio di “blocchi” non controllabili, rappresenta uno strumento di regolamentazione. Al riguardo, il PIAO ha costituito una preziosa opportunità per l’effettuazione di una mappatura dei processi digitalizzati e per l’elaborazione del piano di digitalizzazione aziendale; si rinvia al § “L’innovazione tecnologica e la digitalizzazione”.

Il Sistema di Gestione per la Qualità aziendale, in particolare, svolge una funzione di stimolo all’organizzazione verso il miglioramento continuo e rappresenta lo strumento necessario per il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- garantire la soddisfazione di tutti i requisiti (standard) di origine esterna e/o interna, facoltativi e/o cogenti ed il perseguimento degli obiettivi stabiliti;
- fornire garanzia di buona organizzazione, conformità e sicurezza delle strutture e dei processi in essa erogati nel rispetto dei principi di trasparenza, semplificazione, efficienza ed efficacia;
- analizzare e “presidiare” tutte le variabili che compongono il “sistema organizzativo”, da quelle strumentali (attrezzature, procedure operative) a quelle relazionali (informazioni, modalità di coinvolgimento, valorizzazione delle risorse umane) nell’ottica di perseguire il miglioramento continuo e l’innovazione dei processi, avendo riguardo anche all’efficace utilizzo delle risorse;
- garantire una chiara e precisa definizione dei requisiti della pratica professionale e gestionale (standard di coordinamento e standard di erogazione), incoraggiare il coinvolgimento e lo sviluppo professionale del personale e dando miglior definizione delle sue responsabilità.

L’Ufficio Qualità coordina i Dipartimenti/Staff per la revisione periodica delle Schede di Prestazione, con aggiornamento dei seguenti dati:

- o Tempo medio di erogazione della prestazione;
- o Termine massimo per l’erogazione della prestazione;
- o Numero procedimenti conclusi oltre il tempo massimo previsto dalla normativa;
- o Strumento per la rilevazione del dato;

- o Azioni di miglioramento per la risoluzione delle criticità;
anche ai fini della pubblicazione in Amministrazione Trasparente dei Tempi procedurali della ATS.

Tutte le misure previste per l'anno 2025 inerenti alla presente "Regolamentazione" sono declinate nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" – Sez. "Programmazione delle Misure di Prevenzione" e costituiscono parte integrante del presente paragrafo.

Misure di semplificazione dell'organizzazione e dei processi

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (P.O.A.S.) della ATS della Val Padana è lo strumento programmatico attraverso il quale l'azienda, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispone, definisce il proprio assetto organizzativo e le relative modalità di funzionamento, al fine di realizzare gli obiettivi strategici stabiliti dalla Regione, nel rispetto della normativa vigente.

Il P.O.A.S. rappresenta l'organizzazione, definendo il modello organizzativo dell'ATS, le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del loro funzionamento e in ottemperanza al PSL, secondo un'ottica di autonomia, per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione.

Il P.O.A.S. costituisce quindi l'elemento fondamentale sia per la definizione dell'assetto organizzativo, che per le azioni per il miglioramento della efficienza e della efficacia dei livelli produttivi.

Anche in relazione all'attuazione del PNRR/PNC, si rende particolarmente urgente e rilevante rafforzare la capacità amministrativa dell'Agenzia, puntando sulla semplificazione dell'accesso e dei processi anche attraverso la dematerializzazione di questi ultimi.

A tale scopo e ai fini di una sempre maggiore integrazione delle strutture, si prosegue l'attività di dematerializzazione, attivando le progettualità identificate nell'Allegato 3 "SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE" e le ulteriori misure di semplificazione dell'organizzazione e dei processi, rappresentate nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" – Sez. "Programmazione delle Misure di Prevenzione" e che costituiscono parte integrante del presente paragrafo.

Misure di sensibilizzazione e partecipazione

Nella procedura di formulazione e adozione della sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO, persegue:

- il coinvolgimento dei dipendenti:

- a) in termini di partecipazione attiva al processo di autoanalisi organizzativa, di mappatura dei processi e di valutazione del rischio;
- b) di partecipazione attiva in sede di definizione delle misure di prevenzione;
- c) in sede di attuazione delle misure

- il coinvolgimento della Direzione: il Direttore Generale comunica al RPCT gli obiettivi strategici di prevenzione, fra i quali gli obiettivi ulteriori di trasparenza; nel processo di adozione della Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO, si realizza il cosiddetto "doppio passaggio" con l'approvazione - in fase preliminare all'adozione - di un primo schema (bozza) del Piano da parte della Direzione Strategica e del Collegio di Direzione e, successivamente, con l'approvazione (e adozione) del documento definitivo;

- il coinvolgimento degli Stakeholder: attraverso forme di consultazione (es: giornata della trasparenza, ecc), anche attraverso i canali di ascolto attivati dall'Agenzia;

Per l'anno 2025 è individuato il seguente obiettivo:

- Giornata della Trasparenza 2025: il RPCT e il Responsabile dell'Ufficio Comunicazione formuleranno alla Direzione una proposta operativa per la Giornata della Trasparenza 2025, che potrà essere organizzata entro il 31/12/2025 su tematiche di particolare interesse e rivolta ad un target da identificare di conseguenza.

Tra le misure di partecipazione, si annoverano anche quelle definite nell'ambito della "trasparenza", quali l'accesso civico, l'accesso civico generalizzato, la procedura aperta per l'adozione del codice di comportamento, di cui si è già trattato in precedenti paragrafi ed ai quali si rinvia.

Tutte le misure previste per l'anno 2025 inerenti alla presente "Sensibilizzazione e partecipazione" sono declinate nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" – Sez. "Programmazione delle Misure di Prevenzione" e costituiscono parte integrante del presente paragrafo.

Misure di controllo e obblighi informativi

Le misure di controllo sono caratterizzate da un'elevata specificità, in quanto sono individuate in relazione ai rischi insiti nei singoli processi e vengono attivate con la finalità di rafforzarne il presidio. Considerata la loro eterogeneità e la conseguente difficoltà a raggrupparle in categorie, vengono rappresentate nell'Allegato 2 "GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI" – Sez. "Programmazione delle Misure di Prevenzione" e costituiscono parte integrante del presente paragrafo.

Si richiama quanto indicato nel § 2.3.2 "Soggetti, ruoli e responsabilità per la prevenzione della corruzione" della presente Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO, con particolare riferimento ai compiti della Rete dei Referenti e alla Struttura di Supporto del RPCT.

Il RPCT della ATS della Val Padana si avvale, non solo nelle fasi di programmazione delle misure di prevenzione, ma anche nelle attività di monitoraggio e controllo, di tutti i Referenti aziendali individuati nei Direttori dei Dipartimenti e dei Servizi Amministrativi, di una struttura di supporto rappresentativa del Sistema dei Controlli Interni, di un flusso informativo strutturato rivolto al RPCT.

Il Sistema dei Controlli Interni

Come esplicitato nel Piano di Organizzazione Strategica Aziendale, l'ATS attribuisce alla valutazione e controllo delle risorse impiegate e dei risultati prodotti una rilevante importanza strategica, soprattutto ai fini di una razionale differenziazione delle scelte e di una corretta allocazione delle risorse.

Nella ATS il sistema di prevenzione della corruzione è coerente anche con i principi generali e gli ambiti di controllo interno previsti dal D.Lgs. n. 286/1999:

- controllo strategico -> attraverso il collegamento con la Performance (e con la Relazione della performance);
- controllo di gestione -> attraverso il collegamento con gli obiettivi di budget ed il suo monitoraggio
- valutazione del personale -> attraverso il collegamento con la valutazione della performance organizzativa ed individuale e quindi con il sistema premiante;
- controllo di regolarità amministrativa contabile -> attraverso le verifiche di competenza del Collegio Sindacale.

Ferma restando la competenza in materia di controllo riservata dalla normativa a enti e organismi esterni e al Collegio Sindacale, l'ATS garantisce al suo interno l'attivazione di strumenti di controllo tramite le seguenti funzioni:

- o Controllo di Gestione;
- o Controllo della Qualità;
- o Internal Auditing;

che afferiscono alla SC Sistema dei Controlli Interni.

Il Controllo di Gestione è uno strumento della Direzione Strategica a supporto delle decisioni aziendali.

Assiste i vertici verificando l'economicità della gestione delle risorse, nonché l'imparzialità e il buon andamento delle attività aziendali. La verifica è svolta mediante valutazioni comparative dei costi, dei ricavi e dei risultati, che consente di realizzare una costante analisi dei processi organizzativi dell'Agenzia, rilevando e rappresentando eventuali criticità e proponendo soluzioni adeguate.

Il Sistema di Gestione per la Qualità conforme alla norma UNI EN ISO 9001 contribuisce al sistema dei controlli interni attraverso tre fasi:

- pianificazione *ex ante*: che consiste nella definizione e documentazione dei processi, delle responsabilità, dei comportamenti e dei requisiti (standard)/indicatori quali-quantitativi che gli operatori dell'Agenzia sono tenuti a rispettare;
- controlli *in itinere*: previsti nelle varie fasi di realizzazione del processo/erogazione della prestazione, per verificare il rispetto di quanto disposto dalle specifiche procedure e istruzioni operative e consentire l'immediata attivazione delle misure necessarie in caso di scostamento;
- monitoraggio *ex post*: attraverso tutte quelle azioni necessarie per misurare e per raccogliere i dati che permettano l'analisi delle prestazioni (conformità, livello di rischio, sicurezza, ecc.) ed il miglioramento dell'efficacia ed efficienza, Rientra nel monitoraggio *ex post* anche la conduzione di audit interni tesi a valutare la conformità dei processi, con il fine di evidenziare eventuali criticità ed individuare possibili percorsi di miglioramento attraverso gli strumenti

messi a disposizione dal Sistema Qualità: gestione non conformità, azioni correttive, azioni preventive, azioni di miglioramento.

Il monitoraggio è effettuato anche attraverso un'attività di ispezione periodica e sistematica e si applica trasversalmente a tutte le strutture / attività dell'ATS. Gli esiti di tali verifiche possono costituire input per l'aggiornamento della sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO, anche ai fini dell'individuazione di misure di prevenzione della corruzione.

L'Internal Auditing è una funzione aziendale di controllo interno di III livello in grado di ricondurre il rischio, dal suo livello originario, ad un livello coerente con l'organizzazione, utile a migliorare la qualità delle decisioni assicurando il "rispetto delle regole" e garantendo l'allineamento delle strategie alle mete istituzionali. Supporta gli organi di vertice nel raggiungimento degli obiettivi aziendali svolgendo un'attività di valutazione dei processi relativi al controllo e di valutazione della gestione dei rischi. Sulla base del livello di rischio dei singoli processi, vengono condotti specifici audit sulle aree aziendali; le eventuali criticità e/o aree di miglioramento evidenziate, comunicate al RPCT, possono costituire input per l'aggiornamento della sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO, anche ai fini dell'individuazione di misure di prevenzione della corruzione.

Alle funzioni sopra elencate, si aggiungono il Gestore delle Comunicazioni di Operazioni sospette di Riciclaggio alla UIF, il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA), il Responsabile Protezione dei Dati Personali (DPO), il Responsabile per la Transizione Digitale (RTD) e Cybersecurity, il Responsabile del Servizio di Prevenzione Protezione (RSPP), il Risk Manager e il Referente del Percorso Attuativo Certificabilità dei bilanci (P.A.C.).

Tutte le funzioni di controllo di II e III livello si raccordano nell'ambito del Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni, istituito con decreto n. 445 del 30/06/2023.

Il RPCT effettua un monitoraggio semestrale dello stato di attuazione delle misure PCT, attraverso richiesta di rendicontazione ai Referenti e verifiche effettuate direttamente. Controlli frequenti sono inoltre effettuati dal RPCT in area "Amministrazione Trasparente", per verificare la completezza e l'aggiornamento dei dati pubblicati.

I risultati dei monitoraggi e dei controlli effettuati, per verificare l'attuazione delle azioni previste nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO da parte dei Direttori/Referenti, vengono riportati dal RPCT:

- sinteticamente nella Scheda predisposta dall'ANAC, pubblicata annualmente nei termini previsti, sul sito aziendale Amministrazione Trasparente, sezione Anticorruzione, Relazione annuale RPCT (art. 1 comma 14 legge 190/2012);
- in una Relazione analitica descrittiva di tutte le misure applicate, dei controlli effettuati e delle risultanze emerse nell'anno, inviata al Direttore Generale ed al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Nella relazione analitica vengono rendicontate, con riferimento al rispetto degli obiettivi pianificati ed ai monitoraggi effettuati nell'anno, le principali azioni intraprese dai Referenti delle strutture aziendali, con il coordinamento ed il monitoraggio del Responsabile Prevenzione Corruzione e della Trasparenza, per prevenire, affrontare e gestire i rischi di corruzione.

In aggiunta alla rendicontazione periodica, nell'ambito dei poteri di interlocuzione e controllo attribuiti dalla normativa al RPCT, lo stesso potrà condurre interviste (anche a campione) rivolte ai Dirigenti Responsabili delle aree a rischio per sviluppare maggiormente un rapporto dialettico, improntato al confronto e all'approfondimento, per valutare eventuali elementi di criticità e per acquisire ogni considerazione utile al miglioramento (in termini di efficienza ed efficacia) delle strategie e delle misure di prevenzione.

Gli obblighi informativi verso il RPCT

Si definiscono i seguenti OBBLIGHI di FLUSSI INFORMATIVI, prevedendo che al RPCT siano inviati ⁸(con periodicità definita, o per ogni singolo evento, o a richiesta) adeguati flussi informativi costituiti da:

⁸ Si richiama quando esplicitato nel PNA 2016 (e ribadito nel PNA2019), al paragrafo *Poteri di interlocuzione e controllo*: "Come già evidenziato nell'Aggiornamento 2015 al PNA, nella L. 190/2012 sono stati succintamente definiti i poteri del RPCT nella sua interlocuzione con gli altri soggetti interni alle amministrazioni o enti, nonché nella sua attività di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. All'art. 1, co. 9, lett. c) è disposto che il PTPC preveda «obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano». Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate. Al riguardo si rammenta che l'art. 8 del D.P.R. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore. È imprescindibile, dunque, un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione."

(**) OBBLIGHI INFORMATIVI		
Contenuto dell'obbligo informativo	Responsabile	Periodicità
relazione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione pianificate nella sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO	Referenti del RPCT	Semestrale < 30/06 e 30/11
informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazione di violazioni del Codice di Comportamento	Responsabile UPD; Dirigenti di struttura per i procedimenti di competenza	Tempestivo, per ogni procedimento / segnalazione
segnalazioni indirizzate alla Direzione da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato	Direzione	Tempestivo, per ogni segnalazione
indicatori di Rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza	Responsabile SC Gestione Acquisti (Economato-Provveditorato)	Semestrale < 30/06 e 30/11
numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi dirigenziali	Responsabile SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane e Dipartimenti	Semestrale < 30/06 e 30/11
verifiche e controlli su cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi	Responsabile SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane e Responsabile SC Affari Generali e Legali	Tempestivo, per ogni verifica
esiti di verifiche del rispetto dei termini dei procedimenti	Responsabile Qualità	Semestrale < 30/06 e 30/11
report di Internal Auditing e altri Organismi di Controllo Interno	NdVP e Internal Auditing, SC Affari Generali e Legali	Semestrale < 30/06 e 30/11
rendicontazione in ordine alle acquisizioni di beni e servizi infungibili	Responsabile SC Gestione Acquisti (Economato-Provveditorato)	Semestrale < 30/06 e 30/11
segnalazioni aggressioni	Risk Management	Tempestivo, per ogni segnalazione
segnalazioni antiriciclaggio	Gestore segnalazioni	Tempestivo, per ogni segnalazione

2.3.5.6 Monitoraggio e riesame sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

Al fine di garantire un'efficace strategia di prevenzione della corruzione, è stato progettato un sistema di monitoraggio volto a verificare il grado di attuazione delle misure di prevenzione individuate nel presente Piano, attraverso il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti di cui al § 2.3.2 "Soggetti, ruoli e responsabilità per la prevenzione della corruzione" cui si rimanda.

Il monitoraggio avviene con periodicità almeno semestrale, attraverso un doppio livello di valutazione:

- Il livello: consiste in un'autovalutazione effettuata da parte della Rete dei Referenti e/o Responsabili delle misure di prevenzione, che attestano il grado di realizzazione delle stesse; l'autovalutazione deve garantire al RPCT evidenze oggettive che dimostrano effettivamente l'attuazione delle misure,
- Il livello: a cura del RPCT che procede ad una valutazione di secondo livello – con la collaborazione eventuale della struttura di supporto – per verificare l'effettiva realizzazione della totalità delle misure previste nel PTPCT da parte dei Responsabili. Gli esiti rilevati sono sintetizzati in una relazione che viene sottoposta all'attenzione della Direzione Generale e del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Il monitoraggio del grado di attuazione delle misure di prevenzione avviene in forma integrata con il monitoraggio delle diverse sezioni del PIAO.

L'attività di monitoraggio a cura del RPCT si realizza anche attraverso specifici audit opportunamente programmati come rappresentato nel § "Piano di audit del RPCT". Gli audit sono programmati sulla base del livello di rischio e/o di elementi che determinano specifici livelli di priorità; essi sono finalizzati ad acquisire presso le strutture interessate informazioni, evidenze e documenti utili a formulare un giudizio sul livello di *compliance* alle misure previste nella sezione Anticorruzione e Trasparenza e alla loro attuazione ed efficacia.

Le risultanze dell'audit vengono comunicate al Responsabile della Struttura interessata ed ai Dirigenti / Direttori gerarchicamente sovraordinati. Nel caso in cui venissero riscontrate criticità, è cura del RPCT intraprendere tutte le azioni necessarie, proporzionate in base alla criticità. Rimane la facoltà del RPCT di svolgere audit non programmati, ove la situazione lo rendesse necessario (es: segnalazioni, ecc).

In una logica di integrazione delle funzioni aziendali, possono essere realizzati specifici audit anche in collaborazione altre funzioni aziendali che compongono il sistema dei controlli interni.

Rientra tra le responsabilità del RPCT anche la predisposizione della rendicontazione ad ANAC, ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. 190/2012: il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno (o altra scadenza annualmente definita d ANAC) redige una relazione annuale e provvede alla sua pubblicazione secondo le indicazioni di ANAC.

Tale relazione contiene indicatori sull'efficacia delle politiche di prevenzione e sul conseguimento degli obiettivi annualmente pianificati, con particolare riguardo ai seguenti ambiti:

- Gestione del rischio
- Gestione del conflitto di interessi
- Rotazione del personale
- Codice di comportamento
- Trasparenza e obblighi di pubblicazione
- Formazione in tema di anticorruzione
- Whistleblowing
- Sanzioni.

Gli esiti del monitoraggio ed ogni aggiornamento sopraggiunto – tra cui, ad esempio: aggiornamenti normativi, modifiche dell'assetto organizzativo, variazione del mandato istituzionale dell'Agenzia, emersione di nuovi rischi – costituiscono elementi in ingresso per la strategia di prevenzione dell'anno successivo da recepire nella Sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO.

Con periodicità annuale, inoltre, viene svolto il riesame del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, che rappresenta un momento di confronto con i vari soggetti coinvolti al fine di valutarne la complessiva funzionalità ed adeguatezza e pianificare le opportune azioni di miglioramento per l'anno successivo.

Piano di audit del RPCT

Come previsto dal PNA, le verifiche a cura del RPCT vengono svolte sia attraverso un'analisi documentale, sia attraverso verifiche sul campo (audit specifici), al fine di acquisire tutte le evidenze oggettive utili alla valutazione.

In un'ottica di coordinamento dei controlli interni e di ottimizzazione dell'impatto degli stessi sulle strutture aziendali, gli audit possono essere condotti in forma congiunta tra RPCT e le altre strutture / funzioni aziendali deputate al controllo interno (Internal Auditing, Qualità, Controllo di Gestione).

La metodologia utilizzata è conforme a quella declinata nella norma UNI EN ISO 19011.

Per l'anno 2025 si prevede l'effettuazione di audit sui seguenti processi, in forma congiunta con la funzione Internal Auditing:

<u>Processo</u>	<u>Obiettivo</u>	<u>Periodo audit</u>
Attuazione controlli contabili periodici previsti dal PAC - Area I) – Debiti e costi	Verifica della corretta applicazione delle procedure PAC soprattutto con riferimento agli aspetti amministrativo-contabili.	Luglio – Ottobre 2025
Attuazione controlli contabili periodici previsti dal PAC - Area G) – Disponibilità liquide	Verifica della corretta applicazione delle procedure PAC soprattutto con riferimento agli aspetti amministrativo-contabili.	Ottobre – Dicembre 2025

2.3.5.7 Consultazione e Comunicazione

Trasversali a tutte le fasi di cui al presente § 2.3.5 "La metodologia di gestione del rischio" nella ATS della Val Padana sono le attività di consultazione e comunicazione, che rappresentano presupposti fondamentali per la definizione della strategia aziendale di prevenzione della corruzione e per la sua attuazione.

Come anticipato nel § 2.3.4 "Processo di predisposizione, aggiornamento e il monitoraggio della sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO", attraverso l'azione di stimolo e coordinamento del RPCT, viene garantito il coinvolgimento di tutti i soggetti sia interni all'Agenzia (Organo di Indirizzo, Responsabili di struttura/funzione, dipendenti, ecc.), sia esterni (comunità di riferimento e stakeholder).

In particolare, vengono di norma realizzati:

- Consultazione interna, tramite riunioni del RPCT con la Direzione Strategica e con il Collegio di Direzione, per la condivisione e l'approvazione del Piano ("doppio passaggio");
- Confronti periodici con i Referenti del RPCT e i collaboratori, per la mappatura dei processi, la valutazione del rischio e le attività di monitoraggio (oltre che per la verifica degli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente);

- Confronti periodici con la Direzione Strategica ed il Nucleo di Valutazione per la rappresentazione degli esiti del monitoraggio intermedio e finale e per il riesame;
- Consultazione pubblica, rivolta ai cittadini e agli stakeholder in generale, anche attraverso i canali di ascolto dell'Agenzia;
- Giornata della Trasparenza, rivolta ai dipendenti e agli stakeholder, per la condivisione dei risultati dell'organizzazione, l'acquisizione di indicazioni per il miglioramento, ecc.

I momenti di confronto sono finalizzati a garantire che tutte le parti interessate siano puntualmente informate e consapevoli dei propri compiti e delle strategie che l'Agenzia mette in atto – secondo il principio guida della “responsabilità diffusa” – e che ogni contributo pertinente venga messo a fattor comune e divenga patrimonio condiviso per il miglioramento continuo.

2.3.6 La trasparenza: programmazione ed attuazione

La trasparenza⁹ assume rilievo non solo come presupposto per realizzare una buona amministrazione, ma anche come misura per prevenire la corruzione, promuovere l'integrità e la cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica, come già l'art. 1, co. 36 della Legge n. 190/2012 aveva sancito e pertanto rappresenta un presidio fondamentale del Valore Pubblico. Affinché tali principi e tali indicazioni trovino concreta attuazione, è necessario che la trasparenza sia una regola per l'organizzazione e per lo svolgimento dell'attività amministrativa.

La stretta relazione tra trasparenza e prevenzione del rischio corruttivo rende quindi necessaria una adeguata programmazione di tale misura nella Sezione “Anticorruzione e Trasparenza” del PIAO.

Al fine di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni (art. 43, co. 3, D.Lgs. 33/2013 e Delibera n. 1310/2016 ANAC e successive modifiche), nella tabella “Obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente” di cui all'Allegato 3 “TRASPARENZA” vengono identificati i soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati; la pubblicazione è in capo all'Ufficio Attività di Comunicazione Aziendale e Relazioni Esterne dell'Agenzia.

Qualità dei dati

L'obiettivo di piena ed effettiva conoscibilità dell'azione amministrativa sancito dalla normativa viene perseguito anche attraverso il rispetto dei criteri di qualità delle informazioni da pubblicare, espressamente indicati dal legislatore all'art. 6 del D.Lgs. 33/2013, ovvero: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

Per innalzare il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione, l'ATS della Val Padana privilegia – ove possibile - l'esposizione sintetica e in forma tabellare dei dati oggetto di pubblicità.

I documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, sono pubblicati in formato di tipo aperto (art. 68 Codice dell'Amministrazione Digitale di cui al D. Lgs. n. 82/2005) e sono riutilizzabili ai sensi del D.Lgs. 24/2006, n. 36, senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

Alimentazione della sezione “Amministrazione Trasparente”

Per il rispetto degli obblighi di pubblicazione è fondamentale, oltre alla chiara individuazione dei responsabili della pubblicazione dei dati e dei documenti, la programmazione ordinata della trasparenza, a partire dalla definizione puntuale della procedura di alimentazione e gestione della Sezione “Amministrazione Trasparente”, che si articola nelle seguenti fasi:

- Definizione Obblighi di Pubblicità e individuazione Responsabili dell'ottemperanza e della periodicità dell'aggiornamento, attraverso la tabella “Obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente”;

⁹ Partendo dalla DEFINIZIONE DI TRASPARENZA, intesa come «accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche» prevista D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016, emerge il ruolo primario che la norma attribuisce alla “Trasparenza”, affermando, tra l'altro, che essa concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Le disposizioni in materia di trasparenza amministrativa integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117, co. 2, lett. m), della Costituzione (art. 1, co. 3, d.lgs. 33/2013). Essa è da considerare come condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integrando il diritto ad una buona amministrazione e concorrendo alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

- Trasmissione, a cura del Responsabile dell'obbligo, del dato / informazione all'Ufficio Comunicazione che provvede tempestivamente alla pubblicazione / aggiornamento della sezione di "Amministrazione Trasparente"; il soggetto Responsabile dell'obbligo svolge anche le funzioni di soggetto validatore (all. 4 Delibera ANAC n. 495/2024);
- Verifica e rendicontazione periodica al RPCT da parte dei Responsabili dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione; in caso di criticità, il Responsabile dell'assolvimento è tenuto a segnalarlo tempestivamente al RPCT. La rendicontazione periodica al RPCT, sottoscritta dal Responsabile, costituisce autocertificazione del livello di assolvimento degli obblighi di pubblicità ai fini dell'attestazione annuale da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni. Il Responsabile dell'obbligo di pubblicazione svolge attività di controllo in autovalutazione (all. 4 Delibera ANAC n. 495/2024);
- Il RPCT vigila sul processo, effettua monitoraggi a campione e svolge funzione di impulso e di supporto rispetto alle azioni richieste dalla normativa. Al RPCT compete il controllo di II livello (all. 4 Delibera ANAC n. 495/2024).

Monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di pubblicità

Le verifiche sull'ottemperanza degli obblighi in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni sono condotte dal RPCT, che svolge anche funzione di impulso, quando necessario.

I controlli sono effettuati a campione, secondo modalità differenti che possono contemplare l'esplorazione delle varie sottosezioni della sezione Amministrazione Trasparente nel sito web dell'Agenzia, confronti con i Responsabili, audit sul campo, anche documentali. In un'ottica di sempre maggiore integrazione tra RPCT e Responsabile della funzione di Internal Audit possono essere programmati audit congiunti utili allo scopo.

Il monitoraggio avviene di norma con periodicità semestrale; sono tuttavia possibili monitoraggi secondo periodicità più ristrette (es: tempestivo, mensile, trimestrale, ecc.) o più dilatate (es: annuale), in relazione alla tipologia di atto/dato/documento oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni effettua controlli a campione sull'assolvimento della pubblicità obbligatoria, mediante navigazione della sezione Amministrazione Trasparente.

Al Nucleo compete inoltre il rilascio, come previsto dall'art. 1 comma 14 della L. n. 190/2012, dell'Attestazione annuale sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicità in merito a completezza, aggiornamento e formato dei dati pubblicati.

Accesso ai dati e ai documenti (accesso documentale, accesso civico, accesso civico generalizzato)

La principale novità del D.Lgs. n. 97/2016 in materia di trasparenza ha riguardato il nuovo diritto di accesso civico generalizzato a dati e documenti non oggetto di pubblicazione obbligatoria delineato nel novellato art. 5, co. 2, del D.Lgs. 33/2013. In virtù di tale disposizione, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tassativamente indicati dalla legge, che contestualmente vengono in evidenza. Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Questa tipologia si aggiunge alle altre forme di accesso già codificate dalla normativa, come di seguito elencato:

1. Accesso documentale (accesso agli atti) disciplinato dalla Legge n. 241/1990, limitato ai soggetti con interesse differenziato;
2. Accesso civico, disciplinato dal D.Lgs. n. 33/2013, art. 5, comma 1, limitato a documenti, informazioni o dati per i quali è previsto specifico obbligo di pubblicazione, nei casi in cui questa sia stata omessa (vedi anche specifiche descrizioni sotto riportate);
3. Accesso civico generalizzato, disciplinato dal D.Lgs. n. 33/2013, art. 5 e art. 5-bis, relativo all'accesso a dati, documenti, informazioni ulteriori rispetto a quelli oggetto di obbligo di pubblicazione.

Con decreto n. 261 del 29/06/2017, l'ATS della Val Padana ha adottato il "Regolamento in materia di accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato". Il regolamento è pubblicato in una sezione dedicata "[Accesso agli Atti](#)" e "[Accesso Civico](#)" presenti sulla home page del sito web aziendale.

Nella tabella sinottica sotto riportata, si rappresentano in forma schematica gli elementi più significativi contenuti nel regolamento.

	accesso agli atti	accesso civico a dati da pubblicare	accesso civico generalizzato
normativa di riferimento	Legge n. 241/1990	D.Lgs. n. 33/2013 art. 5, comma 1	D.Lgs. n. 33/2013 art. 5 e art. 5-bis
accesso rispetto al soggetto	LIMITATO ai soggetti interessati	ILLIMITATO	ILLIMITATO
accesso rispetto all'oggetto	LIMITATO solo documenti prodotti nell'ambito di un procedimento, nel rispetto di alcuni limiti	LIMITATO solo dati individuati e definiti dal legislatore	nel rispetto dei LIMITI previsti dall'art. 5-bis
Oggetto dell'accesso	Documenti	Dati, documenti e informazioni	Documenti, dati e informazioni (esclusa qualsiasi attività aggiuntiva di elaborazione dei dati)
necessità di motivare la richiesta	si	no	no
risposta motivata	Sì, per rifiuto, differimento, limitazione	no	Sì, per rifiuto, differimento, limitazione
richiesta indirizzata a	Ufficio che detiene il dato o URP urp@ats-valpadana.it o tramite PEC protocollo@pec.ats-valpadana.it	Responsabile Trasparenza anticorruzione. trasparenza@ats-valpadana.it o tramite PEC protocollo@pec.ats-valpadana.it	Ufficio che detiene il dato o URP urp@ats-valpadana.it o SC Affari Generali e Legali affari generali@ats-valpadana.it o tramite PEC protocollo@pec.ats-valpadana.it
coinvolgimento controinteressati	si	no	si
organismo con funzioni consultive o di deflazione del contenzioso	Difensore Civico competente territorialmente	ANAC	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)
ricorso al giudice amministrativo	si	si	si

Con riferimento ai documenti, alle informazioni e ai dati per i quali è previsto uno specifico obbligo di pubblicazione, nei casi in cui questa sia stata omessa, è possibile inoltrare la richiesta di accesso civico al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Dott.ssa Michela Ferri dell'ATS della Val Padana – anticorruzione.trasparenza@ats-valpadana.it.

La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al RPCT, che si pronuncia sulla stessa.

L'amministrazione, entro trenta giorni, procede alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e lo trasmette contestualmente al richiedente, ovvero gli comunica l'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto richiesto. Se il documento, l'informazione o il dato richiesti risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, l'amministrazione indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

In caso di ritardo o mancata risposta, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo, individuato nel Direttore Generale.

Trasparenza e tutela dei dati personali

L'entrata in vigore, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento generale sulla protezione dei dati" e il 19 settembre 2018 del Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che ha adeguato il Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196), si è consolidato il quadro delle regole in materia di protezione dei dati personali, che sancisce che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento.

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è rimasto sostanzialmente inalterato, essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento. Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione (art. 1, D.Lgs. 33/2013), è necessario verificare che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.Lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione prima di mettere a disposizione sul sito web istituzionale, dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali.

In ogni caso, l'attività di pubblicazione dei dati sul sito web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d).

Questi sono i principi ai quali si attiene l'ATS della Val Padana ai fini del contemperamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali (inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona) e il diritto di libero accesso da parte dei cittadini ai dati e alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni.

In ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente, l'ATS della Val Padana ha nominato il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati, i cui riferimenti – unitamente alle informative privacy – sono pubblicate nella sezione "[Privacy](#)" sulla home page del sito web istituzionale.

Nell'Allegato 3 "TRASPARENZA" è riportata, quale parte integrante del presente PIAO, la **Tabella "Obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente"**, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, come novellato dal D.Lgs. n. 97/2016, della Determinazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 e successive modifiche, contenente, per ciascun obbligo di pubblicazione individuato dal relativo riferimento normativo, la struttura aziendale responsabile della pubblicazione e la relativa frequenza e/o scadenza. Tali riferimenti costituiscono obbligo per tutti i Responsabili delle strutture della ATS deputate a pubblicare i dati indicati.

Le modalità di organizzazione, codificazione e rappresentazione dei dati e delle informazioni vengono uniformate agli schemi previsti da ANAC con specifiche delibere (rif. delibera n. 495 del 25/09/2024).

3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

3.1.1 Organigramma

L'organizzazione dell'ATS della Val Padana è rappresentata nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) approvato dalla Giunta di Regione Lombardia con Delibera (DGR n. XI/6810 del 02/08/2022, attualmente vigente, così come rappresentato nella descrizione del contesto interno al §1.3.

3.1.2 Livelli di responsabilità organizzativa

L'ATS Val Padana ha disciplinato la materia correlata alla definizione e regolamentazione dei livelli di responsabilità sia per il personale dirigente che non dirigente, attraverso la stesura di appositi Regolamenti interni che si è ulteriormente valorizzato tramite il coinvolgimento delle rappresentanze sindacali delle diverse aree contrattuali e i passaggi informativi al Collegio Sindacale, ritenendo, pur trattandosi di testi in linea con la normativa vigente, di applicare una corretta politica di inclusione di tutte le parti, che a diverso titolo agiscono nell'Agenzia.

In coerenza con quanto in premessa, si descrivono di seguito le fonti secondarie a valenza interna relative alle graduazioni delle posizioni dirigenziali e simili.

Il Regolamento di Graduazione degli incarichi dirigenziali, approvato dal Decreto ATS n. 440/2018 del 06/09/2018 ed integrato dal Decreto ATS n. 400/2021 del 29/07/2021, prevede le seguenti tipologie di incarico correlate a specifici livelli di responsabilità:

- Incarichi di struttura complessa: sono relativi a strutture aziendali caratterizzate dalla gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie, da autonomia di budget e da responsabilizzazione sui risultati di gestione;
- Incarichi di struttura semplice e semplice dipartimentale: sono riferiti ad articolazioni dotate di autonomia tecnico-professionale, possibili responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie, e sono caratterizzate da responsabilizzazione sui risultati di gestione in relazione al proprio livello di afferenza gerarchico;
- Incarichi dirigenziali di natura professionale, anche di alta specializzazione: sono caratterizzati dalla valenza prevalente assunta dalle responsabilità di carattere tecnico – specialistico. Tali incarichi sono a loro volta suddivisi in:
 - o Incarichi di altissima professionalità: incarichi professionali che richiedono un'altissima professionalità infungibile ed esperienza in particolari materie/settori strategici;
 - o Incarichi strategici: incarichi professionali che richiedono alta professionalità e specializzazione e/o la guida di gruppi di lavoro dotati di forte autonomia operativa; tali incarichi esprimono un'elevata strategicità di ruolo e/o comportano lo svolgimento di funzioni trasversali nell'ATS;
 - o Incarichi di rilevante professionalità: incarichi professionali ispettivi, di verifica e di controllo, di consulenza, studio o ricerca, ovvero di natura assistenziale o comunque tecnico-specialistica, che richiedono significative competenze professionali.

Per quanto concerne il personale non dirigenziale l'Agenzia ha adottato un regolamento relativo agli incarichi di funzione, approvato con Decreto ATS n. 518/2021, di prossima revisione. Tali incarichi sono articolati su sette livelli di graduazione, in relazione alla valutazione del grado di complessità delle funzioni e delle attività presidiate. Le fasce di graduazione sono articolate in base ai seguenti criteri:

- Valenza strategica;
- Complessità organizzativa e gestionale;
- Complessità delle competenze richieste dall'incarico;
- Livello di autonomia e responsabilità.

I regolamenti sopra richiamati, ai quali si rimanda per gli elementi di dettaglio, sono pubblicati sul sito web dell'Agenzia, nella sezione Amministrazione Trasparente \ Disposizioni Generali \ Atti Generali \ Atti Amministrativi Generali \ Regolamenti Aziendali.

3.1.3 Ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio

Di seguito si riporta il dettaglio della dotazione organica al 31/12/2024, divisa per le singole strutture dell'Agenzia, al fine di dare una puntuale rappresentazione delle articolazioni organiche.

L'ampiezza media dell'Agenzia vede le SC aziendali strutturate su una dotazione media di 16 figure tra comparto e dirigenza.

TIPOLOGIA	DIPARTIMENTO	STRUTTURA COMPLESSA	DIRIGENZA	COMPARTO	TOTALE
ORDINARIO	DIREZIONE GENERALE	DIRETTORE GENERALE	2	10	12
ORDINARIO	DIREZIONE GENERALE	SC SISTEMI INFORMATIVI E CONTROLLO DIREZIONALE	4	11	15
ORDINARIO	DIREZIONE GENERALE	SC OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO	3	6	9
ORDINARIO	DIREZIONE SANITARIA	DIRETTORE SANITARIO		1	1
ORDINARIO	DIREZIONE SANITARIA	CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA		3	3
ORDINARIO	DIREZIONE SANITARIA	SC SERVIZIO FARMACEUTICO	6	7	13
ORDINARIO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO		2	2
ORDINARIO	DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA	DIREZIONE DIPARTIMENTO DI IGIENE PREV. SANITARIA	3	26	29
ORDINARIO	DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA	SC IGIENE E SANITÀ PUBBLICA SALUTE AMBIENTE	3	32	35
ORDINARIO	DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA	SC IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	4	39	43
ORDINARIO	DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA	SC MEDICINA PREVENTIVA NELLE COMUNITA'	5	31	36
ORDINARIO	DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA	SC PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	7	77	84
ORDINARIO	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	DIREZ. DIPARTIMENTO VETERINARIO E SIC.ALIMENTI	1	7	8
ORDINARIO	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	SC SANITA ANIMALE	1		1
ORDINARIO	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	SC IGIENE PROD.TRASF.COMM.CON.S. TRASP.AL.OR.ANIMALE	2		2
ORDINARIO	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	SC IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE	1		1
ORDINARIO	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	SC IG.URB.VET. RAND.TUTELA ANIMALI AFF.PET THERAPY	3		3
ORDINARIO	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	SC IMPIANTI INDUSTRIALI DI MACELLAZIONE	1		1
ORDINARIO	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	SC IMP.IND.LATTE, ALIM.ANIM.SOTTOPROD.OR. ANIMALE	1		1
ORDINARIO	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	SC DISTRETTO VETERINARIO CREMONA	31	9	40
ORDINARIO	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	SC DISTRETTO VETERINARIO CREMA	30	9	39
ORDINARIO	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	SC DISTRETTO VETERINARIO OGLIO PO	26	10	36
ORDINARIO	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	SC DISTRETTO VETERINARIO BASSO MANTOVANO	22	6	28
ORDINARIO	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	SC DISTRETTO VETERINARIO MANTOVA	21	8	29
ORDINARIO	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	SC DISTRETTO VETERINARIO ALTO MANTOVANO	16	8	24
ORDINARIO	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	DIREZIONE DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	2	19	21
ORDINARIO	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	SC MEDICINA CONVENZIONATA		1	1
ORDINARIO	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	SC CURE PRIMARIE E CONTIBUITÀ ASSISTENZIALE	1	3	4
ORDINARIO	DIPARTIMENTO AMM.VO CONTR. AFF. GENERALI E LEGALI	SC AFFARI GENERALI E LEGALI	1	15	16
ORDINARIO	DIPARTIMENTO AMM.VO CONTR. AFF. GENERALI E LEGALI	SC BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTAB.	2	18	20
ORDINARIO	DIPARTIMENTO AMM.VO CONTR. AFF. GENERALI E LEGALI	SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	2	22	24
ORDINARIO	DIPARTIMENTO AMM.VO CONTR. AFF. GENERALI E LEGALI	SC GESTIONE ACQUISTI (PROVVEDITORATO-ECONOMATO)	2	34	36
ORDINARIO	DIPARTIMENTO P.A.A.P.S.S.	DIREZIONE DIPARTIMENTO P.A.A.P.S.S.		3	3
ORDINARIO	DIPARTIMENTO P.A.A.P.S.S.	SC Progr.GOV. RISORSE AREA SAN. E RETE TERRIT.	3	11	14
ORDINARIO	DIPARTIMENTO P.A.A.P.S.S.	SC AUTOR.ACCREDIT.CONTROLLO AREA SANITARIA	5	9	14
ORDINARIO	DIPARTIMENTO P.A.A.P.S.S.	SC AUTOR.ACCREDIT.CONTROLLO RETE TERRITORIALE	5	23	28
ORDINARIO	DIPARTIMENTO P.I.P.S.S.	DIREZIONE DIPARTIMENTO P.I.P.S.S.		4	4
ORDINARIO	DIPARTIMENTO P.I.P.S.S.	SC INTEGR.RETI TERRIT. A SOSTEGNO PROGRA.NAZIONALI	3	5	8
ORDINARIO	DIPARTIMENTO P.I.P.S.S.	SC PERCORSI PERSONA, FAMIGLIA E GENITORIALITA'	3	6	9
ORDINARIO	DIPARTIMENTO P.I.P.S.S.	SC FRAGILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA	2	6	8
Ordinario totale			224	481	705
PIANI MIRATI	DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA	SC PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO		1	1
PROGETTI	DIPARTIMENTO P.A.A.P.S.S.	SC Progr.GOV. RISORSE AREA SAN. E RETE TERRIT.		1	1
SOSTITUZIONE	DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUR.ALIM.OR.ANIMALE	SC DISTRETTO VETERINARIO CREMONA		1	1
SOSTITUZIONE	DIPARTIMENTO AMM.VO CONTR. AFF. GENERALI E LEGALI	SC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE	1	1	2
SOSTITUZIONE	DIPARTIMENTO P.I.P.S.S.	SC FRAGILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA	1		1
Altro totale			2	4	6
Totale complessivo			226	485	711

3.1.4 Altre eventuali specificità del modello organizzativo, nonché gli eventuali interventi e le azioni necessarie per assicurarne la coerenza rispetto agli obiettivi di valore pubblico identificati

Come emerso dalle analisi del contesto interno ed esterno, sinteticamente riportate nella prima parte del presente Piano, dal punto di vista geografico il territorio dell'ATS della Val Padana si connota per un'elevata estensione territoriale, con la presenza di zone caratterizzate da una viabilità difficoltosa. Ciò contribuisce ad aumentare la dispersione territoriale e a rendere più onerosa l'attività di controllo – che deve essere svolta in modo capillare su tutto il territorio – a causa dei tempi di spostamento.

Ciò ha reso necessaria una particolare attenzione nella progettazione del modello organizzativo al presidio del territorio, soprattutto per i Dipartimenti che svolgono attività di vigilanza e controllo (sia sulle realtà produttive, sia sulle strutture sanitarie e sociosanitarie) tra cui il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, il Dipartimento Veterinario e il Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie.

La consistenza di questa tipologia di attività si riflette – e orienta – sulle strategie di gestione delle risorse umane, come di seguito illustrato.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

3.2.1 Strategia e obiettivi legati allo sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, anche da remoto

L'ATS Val Padana ha recentemente rinnovato con Delibera n. 347 del 09/08/2024 il "REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEL LAVORO AGILE (SMART WORKING) NELL'ATS VAL PADANA", realizzando lo *smart-working* in modalità ordinaria, caratterizzato dall'alternanza tra la prestazione lavorativa in presenza e quella presso il luogo eletto per il lavoro smart, che è diventato un elemento coerente con gli obiettivi dell'Agenzia e del lavoratore, in termini di riduzione del costo del lavoro indiretto per la prima, di una di fringe benefit per i secondi, e di realizzazione di quella conciliazione vita-lavoro tanto auspicata dalla contrattazione.

Le condizionalità e i fattori abilitanti

L'adesione al lavoro agile è su base volontaria.

I lavoratori possono accedere a tale modalità presentando la richiesta utilizzando lo specifico **modulo**, con il quale viene determinata la compatibilità della domanda con le attività da svolgere e gli obiettivi della SC. e vengono raccolti i pareri previsti dal Regolamento.

Nel caso in cui presso lo stesso servizio vengano presentate più istanze di lavoro agile e non sia possibile l'accoglimento di tutte per motivi organizzativi, l'Ente ha stilato un ordine di priorità correlato a stati personali e familiari di fragilità e bisogno.

Lo/la *smart-worker* autorizzato sottoscrive un accordo integrativo al contratto di lavoro individuale, che disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali, nonché le tutele delle parti contraenti e gli specifici adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e riservatezza e protezione dei dati.

Infatti, le fasi successive della procedura di attivazione assolvono ai seguenti obblighi di tutela della sicurezza, della riservatezza e protezione dei dati:

dello *smart-workers*:

- tramite l'invio della comunicazione al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, per la tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi all'attività lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali;
- tramite la consegna, dell'informativa scritta nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa.

dell'Agenzia:

- attraverso la fornitura diretta da parte della SS ICT e Cybersecurity, del dispositivo, di un accesso VPN (Virtual Private Network) per poter accedere da remoto agli applicativi aziendali, ove necessario, alla rete intranet e alle cartelle condivise, attraverso delle credenziali di sicurezza in modalità MFA (Multi Factor Authentication);
- attraverso la possibilità di monitorare gli accessi alle risorse aziendali e la registrazione di tutte le connessioni, per successive verifiche di sicurezza informatica;
- attraverso il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, recepito con D.Lgs n. 101 del 10 agosto 2018, in materia di dovere di custodia e controllo nel trattamento dei documenti contenenti dati personali,

I numeri degli *smart-worker* attivi dell'ATS Val Padana sono rappresentati nella tabella seguente:

AREA CONTRATTUALE	PROFILO	SW ATTIVI
DIRIGENZA MEDICO VETERINARIA	DIRIGENZA VETERINARIA	1
	DIRIGENZA MEDICA	1
DIRIGENZA SANITARIA	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE	3
	DIRIGENZA SANITARIA	3
DIRIGENZA P.T.A.	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	2
	DIRIGENZA TECNICA	1
COMPARTO	PERSONALE INFERMIERISTICO	2
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	0
	PERSONALE VIGIL.ISPEZIONE	18
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO	7
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	29
	PERSONALE RUOLO SOCIO SANITARIO	1
	PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO	3
TOTALE		71

3.2.2 Obiettivi all'interno dell'amministrazione, con specifico riferimento ai sistemi di misurazione della performance

Al Dirigenti/Responsabili spetta l'individuazione degli obiettivi lavorativi coerenti con i target aziendali e regionali. Al fine di consentire il monitoraggio e la verifica delle prestazioni rese in modalità agile, da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo e attestare la coerenza fra le attese e i risultati conseguiti, lo *smart worker* rendiconta le attività rese con cadenza mensile, mediante apposita scheda da inviare al Responsabile, a cui spetta dimostrare il grado di raggiungimento degli obiettivi concordati.

3.2.3 Contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia

L'ATS ha predisposto, somministrato e raccolto un apposito questionario di Customer Satisfaction dell'anno 2021. Il questionario è stato sottoposto nel periodo 25 maggio -23 luglio 2021, ai dipendenti utilizzatori della modalità di lavoro agile. Ha risposto il 27% dei dipendenti che hanno usufruito dello Smart Working, riportando un alto grado di soddisfazione all'interno dell'Agenzia,

Dai commenti e dai suggerimenti è emerso inoltre che la soluzione migliore è l'alternanza ufficio casa e che lavorare in Smart Working riduce le distrazioni e aumenta la produttività.

Campione d'Indagine: Personale dipendente che ha svolto attività in Smart Working per il periodo 01/02/2020 - 30/06/2021: 285 La percentuale di rispondenti è pari a: 27%.

Gli esiti dell'indagine sono pubblicati sul sito web istituzionale nella sezione [Amministrazione Trasparente \ Performance \ Benessere organizzativo](#).

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente

Si riporta di seguito la dotazione organica relativa all'anno 2024 è riportata nel [§ 1.3.1.1](#) "Le risorse", cui si rinvia.

3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane

Il piano triennale dei fabbisogni del personale si inserisce quale strumento propedeutico dell'attività di programmazione complessiva dell'ATS ed è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed agli *stakeholder* del territorio.

Il Piano, attraverso la corretta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali di cui l'amministrazione ha bisogno, cerca di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili al fine di perseguire gli obiettivi di valore pubblico e di *performance* in termini di offerta alla collettività.

La programmazione e la definizione del proprio fabbisogno di risorse umane consentono di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche ed in correlazione con gli *output* e gli *outcome* previsti, in termini di servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi.

La programmazione del fabbisogno si basa *in primis* sui dati storici, che configurano l'assetto organizzativo dell'Agenzia strutturata secondo il POAS vigente e successivamente modellati sulle dinamiche organizzative e strategiche che si concretizzano, tenuto conto dei vincoli interni ed esterni e delle relative dinamiche assunzionali che caratterizzano l'attuale contesto in cui l'ATS Val Padana si trova ad operare. In ragione delle dinamiche sopra delineate, l'ATS, a fianco della programmazione basata sulla configurazione storica, ha adottato delle variazioni, attraverso reclutamenti mirati per l'attivazione di progetti a valenza regionale e agendo non sul numero del personale, che resta invariato, ma sulla transizione ad un diverso profilo professionale nella medesima area contrattuale, in piena coerenza con i costi esposti nel Piano.

Tale programmazione tiene quindi in considerazione: della capacità assunzionale calcolata sulla base del vincolo di spesa autorizzato da Regione Lombardia, delle oggettive difficoltà nel recuperare alcune figure professionali e dei trend di cessazione che contraddistinguono l'attuale contesto, ovvero, un elevato turnover per pensionamento ed una elevata mobilità all'interno degli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Si riporta di seguito a scopo esemplificativo il numero di assunzioni effettuate nel 2024:

TIPOLOGIA ASSUNZIONE	DIRIGENZA AREA SANITÀ	DIRIGENZA PTA	COMPARTO	TOTALE
T. INDETERMINATO	29	3	50	82
T. INDETERMINATO ART.50 DL 73/2021	0	0	0	0
T. INDETERMINATO PANFLU	0	0	2	2
T. DETERMINATO SUPPLENTE	1	1	0	2
T. DETERMINATO FINANZIATO	0	0	0	0
T. DETERMINATO art.36 D.Lgs. n. 165/2001	3	0	2	5
T. DETERMINATO PIANI MIRATI DGR XI/2464	0	0	1	1
T. DETERMINATO PIANI MIRATI DGR XI/164	0	0	2	2
T. DETERMINATO specializz. DGR XI/2851	6	0	0	6
TOTALE	39	4	57	100

Per dare chiara rappresentazione dei fattori sovra esposti relativi alle cessazioni si riporta a titolo esemplificativo una tabella riportante il numero di cessazioni distribuite per tipologia e per area contrattuale relative all'anno 2024.

TIPOLOGIA DIMISSIONE	DIRIGENZA AREA SANITÀ	DIRIGENZA PTA	COMPARTO	TOTALE
DIM. VOLONT./RECESSO DIP.-S/DIR. PENS.	16		19	35
DIM. VOLONT./RECESSO DIP.-C/DIR. PENS.	7		23	30
LIMITI DI ETÀ-C/DIR. PENS.	3			3
DIM. VOLONT. (QUOTA 100) C/DIR. PENS.	1			1
DIM. VOLONT. (QUOTA 102) C/DIR. PENS.				0
DIM. VOLONT. (QUOTA 103) C/DIR. PENS.				0
PASS.AD ALTRA AMM.(MOBILITÀ)-STESSO COMPARTO	9		1	10
PASS.AD ALTRA AMM.(MOBILITÀ)-ALTRO COMPARTO			2	2
RIASS. PERS.CURE PRIMARIE LR 22/2021	2		23	25
FINE INCARICO	2		2	4
ALTRE CAUSE	1			1

A conclusione, in aggiunta ai fattori sopra elencati per definire una programmazione del fabbisogno attinente alle necessità di pubblico interesse vengono anche presi in considerazione i fattori che concorrono all'evoluzione dei bisogni dei diversi servizi, in funzione di scelte organizzative legate ai seguenti fattori:

- Cambiamenti normativi;
- Cambiamenti del contesto territoriale;
- Eventuale digitalizzazione dei processi.

3.3.3 Obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse

L'ATS Val Padana, come in generale il contesto sanitario in cui opera, è caratterizzata da una situazione di elevate professionalità operanti con un altrettanto elevato livello di specializzazione, la pianificazione del fabbisogno del personale vede una determinazione dei profili da assumere non legata all'allocazione storica, bensì in base al contesto del modello lavorativo, ed alla conseguente capacità di essere attrattivi verso determinati figure professionali, ed in base alle necessità dei servizi, in modo da garantire un output di processo con il miglior beneficio possibile.

Nelle more dell'adozione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2025-2027 – prevista entro il 28/02/2025, come da DGR XII/3720/2024 - si riporta di seguito la dotazione organica così come approvata con deliberazione ATS n. 17 del 31/01/2024 "Approvazione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2024-2026 dell'ATS della Val Padana" (ed ulteriori aggiornamenti), formulato in ottemperanza delle indicazioni di regionali in materia.

DO 2025														
DO 2025	DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA								DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE				ALTRI DIPARTIMENTI / STRUTTURE	TOTALE COMPLESSIVO ATS
	MEDICINA PREVENTIVA NELLE COMUNITA'		IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	Altro del Dipartimento di Prevenzione	TOTALE PREVENZIONE	AREA A: Sanità animale	AREA B: Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale	AREA C: Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	TOTALE VETERINARIA		
	SCREENING	VACCINAZIONI												
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA		6	1	3		5	0	15				0	12	27
DIRIGENZA VETERINARIA								0	49	73	35	157		157
DIRIGENZA SANITARIA	1		2			1	2	6				0	11	17
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE			1	1	2	3		7				0	2	9
DIRIGENZA PROFESSIONALE						1		1				0	2	3
DIRIGENZA TECNICA								0				0	5	5
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0				0	12	12
TOTALE DIRIGENZA	1	6	4	4	2	10	2	29	49	73	35	157	44	230
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)					2			2				0	14	16
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)								0				0		0
OSTETRICA								0				0		0
PERSONALE TECNICO SANITARIO			3				2	5				0	1	6
ASSISTENTI SANITARI	11	18	2		6	7	1	45				0	17	62
TECNICO DELLA PREVENZIONE			28	25		60		113	27			27	7	147
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE					3			3				0	8	11
ASSISTENTI SOCIALI								0				0	8	8
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO				2		1	6	9	7			7	30	46
OTA								0				0		0
OSS								0	1			1		1
AUSILIARI								0				0		0
ASSISTENTE RELIGIOSO								0				0		0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	2	1	8	8	1	12	5	37	24			24	113	174
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0				0		0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0				0		0
TOTALE COMPARTO	13	19	41	35	12	80	14	214	59	0	0	59	198	471
TOTALE COMPLESSIVO	14	25	45	39	14	90	16	243	108	73	35	216	242	701

FTE e COSTI 2025																
FTE E COSTI 2025		DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA							DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE				ALTRI DIPARTIMENTI /STRUTTURE	TOTALE COMPLESSIVO ATS	TOTALE COSTI	
		MEDICINA PREVENTIVA NELLE COMUNITA'		IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	Altro del Dipartimento di Prevenzione	TOTALE PREVENZIONE	AREA A: Sanità animale	AREA B: Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazio ne, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale	AREA C: Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche				TOTALE VETERINARIA
		SCREENING	VACCINAZIONI													
Categoria	Raggruppamento profili															
DIPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA		6,0	1,0	3,0		5,0	0,0	15,0				0,0	12,0	27,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA								0,0	49,0	72,1	35,0	156,1		156,1	
	DIRIGENZA SANITARIA	1,0		2,0			1,0	2,0	6,0				0,0	11,0	17,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE			1,0	1,0	2,0	3,0		7,0				0,0	2,0	9,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						1,0		1,0				0,0	2,0	3,0	
	DIRIGENZA TECNICA								0,0				0,0	5,0	5,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0,0				0,0	12,0	12,0	
	TOTALE DIRIGENZA	1,0	6,0	4,0	4,0	2,0	10,0	2,0	29,0	49,0	72,1	35,0	156,1	44,0	229,1	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)					2,0			2,0				0,0	13,3	15,3	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	OSTETRICA								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO			3,0				2,0	5,0				0,0	1,0	6,0	
	ASSISTENTI SANITARI	10,7	17,5	1,8		6,0	6,8	1,0	43,8				0,0	16,5	60,3	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE			27,7	24,8		65,5		118,0	27,0			27,0	7,0	152,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE					3,0			3,0				0,0	7,5	10,5	
	ASSISTENTI SOCIALI								0,0				0,0	8,0	8,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO				2,0		1,0	5,8	8,8	6,5			6,5	29,8	45,2	
	OTA								0,0				0,0		0,0	
	OSS								0,0	1,0			1,0		1,0	
	AUSILIARI								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	2,0	1,0	7,3	7,8	1,0	11,7	5,0	35,8	23,0			23,0	108,9	167,8	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE COMPARTO	12,7	18,5	39,8	34,7	12,0	85,0	13,8	216,5	57,5	0,0	0,0	57,5	192,1	466,1	20.492.767
	TOTALE COMPLESSIVO	13,7	24,5	43,8	38,7	14,0	95,0	15,8	245,5	106,5	72,1	35,0	213,6	236,1	695,1	46.619.711
CONVEZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA TECNICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	OSTETRICA								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SANITARI								0,0				0,0		0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	OTA								0,0				0,0		0,0	
	OSS								0,0				0,0		0,0	
	AUSILIARI								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0

FTE e COSTI 2025																
FTE E COSTI 2025		DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA							DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE				ALTRI DIPARTIMENTI /STRUTTURE	TOTALE COMPLESSIVO ATS	TOTALE COSTI	
		MEDICINA PREVENTIVA NELLE COMUNITA'		IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	Altro del Dipartimento di Prevenzione	TOTALE PREVENZIONE	AREA A: Sanità animale	AREA B: Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazio ne, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale	AREA C: Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche				TOTALE VETERINARIA
		SCREENING	VACCINAZIONI										TOTALE VETERINARIA			
Convenzionato ACN (Conv. Specialisti Amb, medicina dei servizi e MET)	DIRIGENZA MEDICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA			0,9					0,9				0,0		0,9	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA TECNICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	53.521
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	OSTETRICA								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SANITARI								0,0				0,0		0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	OTA								0,0				0,0		0,0	
	OSS								0,0				0,0		0,0	
	AUSILIARI								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	53.521
Somministrazione lavoro	DIRIGENZA MEDICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA TECNICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	OSTETRICA								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SANITARI								0,0				0,0		0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	OTA								0,0				0,0		0,0	
	OSS								0,0				0,0		0,0	
	AUSILIARI								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO					1,0			1,0	1,0			1,0	0,0	2,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2,0	85.000
	TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2,0	85.000

FTE e COSTI 2025																
FTE E COSTI 2025		DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA							DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE				ALTRI DIPARTIMENTI /STRUTTURE	TOTALE COMPLESSIVO ATS	TOTALE COSTI	
		MEDICINA PREVENTIVA NELLE COMUNITA'		IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	Altro del Dipartimento di Prevenzione	TOTALE PREVENZIONE	AREA A: Sanità animale	AREA B: Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazio ne, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale	AREA C: Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche				TOTALE VETERINARIA
		SCREENING	VACCINAZIONI													
Incidenti di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA								0,0				0,0		0,0	490.000
	DIRIGENZA VETERINARIA								0,0	2,8	8,4		11,2		11,2	
	DIRIGENZA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA TECNICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	8,4	0,0	11,2	0,0	11,2	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	OSTETRICA								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SANITARI								0,0				0,0		0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO								0,0				0,0	0,1	0,1	
	OTA								0,0				0,0		0,0	
	OSS								0,0				0,0		0,0	
	AUSILIARI								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	
	TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	8,4	0,0	11,2	0,1	11,3	
co.co.co.	DIRIGENZA MEDICA								0,0				0,0		0,0	0
	DIRIGENZA VETERINARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA TECNICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	OSTETRICA								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SANITARI								0,0				0,0		0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	OTA								0,0				0,0		0,0	
	OSS								0,0				0,0		0,0	
	AUSILIARI								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

DO 2026														
DO 2026	DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA								DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE				ALTRI DIPARTIMENTI / STRUTTURE	TOTALE COMPLESSIVO ATS
	MEDICINA PREVENTIVA NELLE COMUNITA'		IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	Altro del Dipartimento di Prevenzione	TOTALE PREVENZIONE	AREA A: Sanità animale	AREA B: Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale	AREA C: Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	TOTALE VETERINARIA		
	SCREENING	VACCINAZIONI												
Raggruppamento profili														
DIRIGENZA MEDICA		6	1	3		5	0	15				0	12	27
DIRIGENZA VETERINARIA								0	49	73	35	157		157
DIRIGENZA SANITARIA	1		2			1	2	6				0	11	17
DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE			1	1	2	3		7				0	2	9
DIRIGENZA PROFESSIONALE						1		1				0	2	3
DIRIGENZA TECNICA								0				0	5	5
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0				0	12	12
TOTALE DIRIGENZA	1	6	4	4	2	10	2	29	49	73	35	157	44	230
PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)					2			2				0	14	16
INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)								0				0		0
OSTETRICA								0				0		0
PERSONALE TECNICO SANITARIO			3				2	5				0	1	6
ASSISTENTI SANITARI	11	18	2		6	7	1	45				0	17	62
TECNICO DELLA PREVENZIONE			28	25		60		113	27			27	7	147
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE					3			3				0	8	11
ASSISTENTI SOCIALI								0				0	8	8
PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO				2		1	6	9	7			7	30	46
OTA								0				0		0
OSS								0	1			1		1
AUSILIARI								0				0		0
ASSISTENTE RELIGIOSO								0				0		0
PERSONALE AMMINISTRATIVO	2	1	8	8	1	12	5	37	24			24	113	174
PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0				0		0
RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0				0		0
TOTALE COMPARTO	13	19	41	35	12	80	14	214	59	0	0	59	198	471
TOTALE COMPLESSIVO	14	25	45	39	14	90	16	243	108	73	35	216	242	701

FTE e COSTI 2026																
FTE E COSTI 2026		DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA							DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE				ALTRI DIPARTIMENTI /STRUTTURE	TOTALE COMPLESSIVO ATS	TOTALE COSTI	
		MEDICINA PREVENTIVA NELLE COMUNITA'		IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	Altro del Dipartimento di Prevenzione	TOTALE PREVENZIONE	AREA A: Sanità animale	AREA B: Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazio ne, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale	AREA C: Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche				TOTALE VETERINARIA
		SCREENING	VACCINAZIONI													
Categoria	Raggruppamento profili															
DIPENDENTI	DIRIGENZA MEDICA		6,0	1,0	3,0		5,0	0,0	15,0				0,0	12,0	27,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA								0,0	49,0	72,1	35,0	156,1		156,1	
	DIRIGENZA SANITARIA	1,0		2,0			1,0	2,0	6,0				0,0	11,0	17,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE			1,0	1,0	2,0	3,0		7,0				0,0	2,0	9,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE						1,0		1,0				0,0	2,0	3,0	
	DIRIGENZA TECNICA								0,0				0,0	5,0	5,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0,0				0,0	12,0	12,0	
	TOTALE DIRIGENZA	1,0	6,0	4,0	4,0	2,0	10,0	2,0	29,0	49,0	72,1	35,0	156,1	44,0	229,1	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IfeC)					2,0			2,0				0,0	13,3	15,3	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IfeC)								0,0				0,0		0,0	
	OSTETRICA								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO			3,0				2,0	5,0				0,0	1,0	6,0	
	ASSISTENTI SANITARI	10,7	17,5	1,8		6,0	6,8	1,0	43,8				0,0	16,5	60,3	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE			27,7	24,8		65,5		118,0	27,0			27,0	7,0	152,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE					3,0			3,0				0,0	7,5	10,5	
	ASSISTENTI SOCIALI								0,0				0,0	8,0	8,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO				2,0		1,0	5,8	8,8	6,5			6,5	29,8	45,2	
	OTA								0,0				0,0		0,0	
	OSS								0,0	1,0			0,0		1,0	
	AUSILIARI								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	2,0	1,0	7,3	7,8	1,0	11,7	5,0	35,8	23,0			23,0	108,9	167,8	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE COMPARTO	12,7	18,5	39,8	34,7	12,0	85,0	13,8	216,5	57,5	0,0	0,0	57,5	192,1	466,1	
	TOTALE COMPLESSIVO	13,7	24,5	43,8	38,7	14,0	95,0	15,8	245,5	106,5	72,1	35,0	213,6	236,1	695,1	
CONVENZIONATO UNIVERSITARIO	DIRIGENZA MEDICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA TECNICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IfeC)								0,0				0,0		0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IfeC)								0,0				0,0		0,0	
	OSTETRICA								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SANITARI								0,0				0,0		0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	OTA								0,0				0,0		0,0	
	OSS								0,0				0,0		0,0	
	AUSILIARI								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	

FTE e COSTI 2026																
FTE E COSTI 2026		DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA							DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE				ALTRI DIPARTIMENTI /STRUTTURE	TOTALE COMPLESSIVO ATS	TOTALE COSTI	
		MEDICINA PREVENTIVA NELLE COMUNITA'		IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	Altro del Dipartimento di Prevenzione	TOTALE PREVENZIONE	AREA A: Sanità animale	AREA B: Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale	AREA C: Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche				TOTALE VETERINARIA
		SCREENING	VACCINAZIONI													
Convenzionato ACN (Conv. Specialisti Amb., medicina dei servizi e MET)	DIRIGENZA MEDICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA			0,9					0,9				0,0		0,9	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA TECNICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	53.521
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	OSTETRICA								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SANITARI								0,0				0,0		0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	OTA								0,0				0,0		0,0	
	OSS								0,0				0,0		0,0	
	AUSILIARI								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	53.521
Somministrato lavoro	DIRIGENZA MEDICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA VETERINARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA TECNICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	OSTETRICA								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SANITARI								0,0				0,0		0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	OTA								0,0				0,0		0,0	
	OSS								0,0				0,0		0,0	
	AUSILIARI								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO					1,0			1,0	1,0			1,0		2,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2,0	85.000
	TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2,0	85.000

FTE e COSTI 2026																
FTE E COSTI 2026		DIPARTIMENTO DI IGIENE E PREVENZIONE SANITARIA							DIPARTIMENTO VETERINARIO E SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE				ALTRI DIPARTIMENTI /STRUTTURE	TOTALE COMPLESSIVO ATS	TOTALE COSTI	
		MEDICINA PREVENTIVA NELLE COMUNITA'		IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	Altro del Dipartimento di Prevenzione	TOTALE PREVENZIONE	AREA A: Sanità animale	AREA B: Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazio ne, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale	AREA C: Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche				TOTALE VETERINARIA
		SCREENING	VACCINAZIONI													
Incidenti di lavoro autonomo	DIRIGENZA MEDICA								0,0				0,0		0,0	490.000
	DIRIGENZA VETERINARIA								0,0	2,8	8,4		11,2		11,2	
	DIRIGENZA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA TECNICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	8,4	0,0	11,2	0,0	11,2	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	OSTETRICA								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SANITARI								0,0				0,0		0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO								0,0				0,0	0,1	0,1	
	OTA								0,0				0,0		0,0	
	OSS								0,0				0,0		0,0	
	AUSILIARI								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	
	TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	8,4	0,0	11,2	0,1	11,3	
co.co.co.	DIRIGENZA MEDICA								0,0				0,0		0,0	494.000
	DIRIGENZA VETERINARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA delle PROFESSIONI SANITARIE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA PROFESSIONALE								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA TECNICA								0,0				0,0		0,0	
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE DIRIGENZA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	PERSONALE INFERMIERISTICO (escluso IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	INFERMIERE DI FAMIGLIA (IFeC)								0,0				0,0		0,0	
	OSTETRICA								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE TECNICO SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SANITARI								0,0				0,0		0,0	
	TECNICO DELLA PREVENZIONE								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTI SOCIALI								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE RUOLO TECNICO NON SANITARIO								0,0				0,0		0,0	
	OTA								0,0				0,0		0,0	
	OSS								0,0				0,0		0,0	
	AUSILIARI								0,0				0,0		0,0	
	ASSISTENTE RELIGIOSO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE AMMINISTRATIVO								0,0				0,0		0,0	
	PERSONALE COMUNICAZIONE-INFORMAZIONE								0,0				0,0		0,0	
	RICERCATORE O COLLABORATORE DI RICERCA SANITARIA								0,0				0,0		0,0	
	TOTALE COMPARTO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	TOTALE COMPLESSIVO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

3.3.4 Strategia di copertura del fabbisogno

I modelli elaborati dall'ATS Val Padana sono molteplici e flessibili, rispetto alle esigenze programmatiche dell'Ente, tenendo conto della compatibilità con la cornice finanziaria assegnata.

Con cadenza annuale vengono bandite ed espletate le procedure selettive sia a valenza interna che esterna, più opportune in relazione ai target finali di cui al PTFP vigente.

La strategia di copertura e gestione del fabbisogno poggia su tre fondamentali pilastri:

- il recupero del turn over dell'anno precedente: prendendo come riferimento la dotazione organica complessiva teorica, approvata con il PTFP previgente;
- la compatibilità economica del piano di assunzione con il costo del Personale,
- il rafforzamento di alcuni profili professionali, che costituiscono il core aziendale, con particolare, ma non esclusivo, riferimento all'area veterinaria.

Le misure adottate attengono:

- a procedure esterne per l'ordinario reclutamento, e precisamente:
 - Concorso aggregato per il reclutamento di figure sanitarie, con particolare riguardo al profilo del Tecnico della Prevenzione
 - Concorso pubblico ordinario e successivo scorrimento della graduatoria interna
 - Avviso pubblico per titoli e colloquio e successivo scorrimento della graduatoria interna
 - Avviso di Mobilità Volontaria per titoli e colloquio
 - Utilizzo reciproco delle graduatorie concorsuali
 - Reclutamento categorie protette ex L. 68/99
- a procedure interne per favorire la mobilità del personale nelle diverse aree e settori dell'Ente, tramite un'annuale procedura per la mobilità interna rivolta al personale dipendente del comparto sanità, offrendo la possibilità di trasferirsi su posizioni vacanti o che si rendono vacanti in corso d'anno, oppure su posizioni diverse da quelle vacanti, su specifica istanza del dipendente. Con la finalità di ampliare le competenze e le conoscenze del personale rispetto alla molteplicità dei processi aziendali.

Accanto ad una politica di reclutamento e mobilità non secondario è l'affermarsi di un percorso di carriera sia per il personale dirigente che non dirigente, attraverso istituti contrattuali che applicati con continuità e coerenza con il Piano organizzativo e la mission aziendale, quali:

- Incarichi di Funzione
- Progressioni Economiche Verticali (Concorso/Bando)
- Incarico di Alta Specialità (Bando Interno)
- Direzione Struttura Semplice (Proposta Direzionale)
- Direzione Struttura Complessa
- Direzione Dipartimento

La strategia adottata da ATS Val Padana per favorire la piena annualizzazione della Dotazione Organica ipotizzata vedono l'espletamento delle procedure concorsuali per i profili con turn over più elevato, quali Personale della vigilanza ed ispezione (Tecnici della prevenzione ed Assistenti sanitari) e dei profili con le maggiori criticità nel reclutamento, con particolare riferimento ai Dirigenti medici.

Per la copertura dei restanti profili l'Agenzia verifica preliminarmente la sussistenza di graduatorie di altri enti limitrofi e solo qual ora non sia possibile l'utilizzo condiviso delle graduatorie procede ad indire ed espletare proprie procedure di reclutamento (concorso, mobilità compartimentali ed intercompartimentale, avvisi a tempo determinato).

Nelle more dell'adozione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2025-2027 – prevista entro il 28/02/2025, come da DGR XII/3720/2024 - si riporta di seguito la dotazione organica così come approvata con deliberazione ATS n. 17 del 31/01/2024 "Approvazione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2024-2026 dell'ATS della Val Padana" (ed ulteriori aggiornamenti), formulato in ottemperanza delle indicazioni di regionali in materia.

3.4 Formazione del personale

3.4.1 **Priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale**

Nell'ambito del Piano di Formazione 2024 - adottato con delibera n. 112 del 27/03/2024 – sono stati realizzati n. 64 eventi (con un totale di 93 edizioni); il dato corrisponde al 69% degli eventi complessivi previsti nel PFA 2024 ed il 66% degli eventi accreditati ECM.

Oltre agli eventi per l'acquisizione di competenze tecnico-specialistiche riferite ai singoli settori aziendali, come da indicazioni regionali nel 2024 si è proseguito con la formazione del personale dell'Agenzia per garantire l'acquisizione ed il mantenimento delle competenze necessarie a garantire un'efficiente risposta per affrontare eventi pandemici attraverso la formazione dei neassunti ed un'esercitazione sul Piano Pandemico di tipo Table-Top (TTX).

Nel corso del 2024 la Formazione Aziendale si è orientata inoltre alla formazione regionale prevista dal PNRR "Missione 6 Component 2 Sub 2.2 Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere" e "Programma regionale per l'incremento delle competenze digitali dei Professionisti del Sistema Sanitario della Lombardia nell'ambito del Progetto nazionale PNRR FSE 2.0".

Per quanto riguarda il corso di formazione in infezioni ospedaliere si sono erogati i corsi previsti con il raggiungimento nel 2024 del target previsto degli operatori da formare e si è proceduto alla rendicontazione richiesta periodicamente. Sono stati erogati nello specifico il "corso di formazione infezioni correlate alla assistenza (ICA) - modulo B" ed il corso teorico-pratico "prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. modulo B e C (PNRR - M6C2 2.2 B) - Regione Lombardia".

Per quanto riguarda la formazione FSE si è proceduto all'iscrizione al corso regionale dei dipendenti dell'Agenzia individuati e alla collaborazione per l'organizzazione del corso Digital Health Leader.

L'attività formativa prevista nel Piano Formativo 2025 sarà definita attraverso la ricognizione delle proposte formative, l'approvazione del Piano e l'inserimento degli eventi formativi per il personale sanitario sul "Sistema gestionale lombardo ECM – Sviluppo professionale continuo" entro il 15 marzo, termine stabilito da D.G. Welfare.

Il Piano Formativo 2025 sarà predisposto considerando la coerenza con la normativa e gli obblighi vigenti, le indicazioni previste dalla D.G.R. n. XII/3720 del 30/12/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025" e saranno privilegiati i progetti a valenza strategica e manageriali, i progetti trasversali e gli eventi formativi finalizzati ad incrementare le competenze tecnico professionali. In particolare, sarà completata la formazione prevista nella DGR XII/86 del 03/04/2023 "PNRR, Missione 6 componente 2 sub investimento 2.2. B – Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Corso di formazione in infezioni ospedaliere". Sarà inoltre garantita la collaborazione per il "Programma regionale per l'incremento delle competenze digitali dei Professionisti del Sistema Sanitario della Lombardia nell'ambito del Progetto nazionale PNRR FSE 2.0".

L'Agenzia inoltre collabora con Polis Accademia per l'attività promossa nell'ambito del Piano di Formazione per il Personale del SSR.

Nella predisposizione del Piano Formativo 2025 si terrà conto delle indicazioni, in quanto applicabili, della Direttiva del 14/01/2025 del Ministro per la Pubblica Amministrazione, recante ad oggetto "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti."

3.4.2 **Le risorse interne ed esterne disponibili e/o 'attivabili' ai fini delle strategie formative**

ATS della Val Padana si avvale della Formazione Aziendale per garantire lo sviluppo professionale degli operatori attraverso la formazione continua finalizzata all'acquisizione, allo sviluppo, al rafforzamento delle competenze individuali, interdisciplinari e multiprofessionali per supportare il cambiamento organizzativo, garantire la qualità e l'innovazione dei servizi per una risposta efficace alla domanda salute della popolazione. Per la realizzazione delle attività formative sono stati destinati locali, attrezzature e tecnologiche aziendali ma possono essere acquisite risorse strumentali esterne in relazione alle specificità degli eventi formativi. L'implementazione di nuove metodologie didattiche in particolare della formazione a distanza è attuata attraverso l'utilizzo di specifiche piattaforme aziendali che offrono la possibilità di erogare eventi in modalità sia asincrona sia sincrona. Il personale formativo può essere interno - individuato tra dipendenti di ATS della Val Padana - o esterno - professionisti dipendenti di altre Aziende Socio Sanitarie, Agenzie di tutela della salute, P.A. del SSN o di altre strutture private, liberi professionisti, agenzie formative.

3.4.3 Le misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato

L'ATS inquadra la formazione e l'aggiornamento professionale del dipendente come metodo permanente per la valorizzazione della capacità ed attitudini personali e quale supporto per l'assunzione delle responsabilità affidate, al fine di promuovere lo sviluppo del sistema sanitario.

L'Agenzia, nell'ambito dei propri obiettivi di sviluppo realizza iniziative di formazione e di aggiornamento professionale obbligatorio anche avvalendosi della collaborazione di altri soggetti pubblici o privati specializzati nel settore. Le attività formative devono tendere, in particolare, a rafforzare l'attitudine e la capacità dei dipendenti di gestire iniziative di miglioramento e di innovazione dei servizi, destinate a caratterizzare le strutture sanitarie del comparto in termini di dinamismo, competitività e qualità dei servizi erogati.

In coerenza con le disposizioni normative e contrattuali, l'ATS prevede percorsi di formazione del proprio personale, dirigente e non, attraverso diversi istituti quali:

- Aggiornamento obbligatorio: la partecipazione alle iniziative di formazione o di aggiornamento professionale obbligatorio, inserite in appositi percorsi formativi, anche individuali, viene promossa dall'Agenzia con i dipendenti interessati ed è considerata servizio utile a tutti gli effetti, i relativi oneri sono a carico dell'ATS.
- Aggiornamento facoltativo: per la dirigenza, documentate iniziative, selezionate dai dirigenti interessati ed effettuate con il ricorso alle ore previste mediante la riserva oraria, nella misura di 4 ore settimanali eventualmente cumulabili (art. 24 c.4 del C.C.N.L. Dirigenza Sanità del 19.12.2019) o mediante le Assenze giornaliere retribuite, senza oneri per l'Azienda o Ente; per il personale del comparto, documentate iniziative, coerenti con l'attività svolta ed approvate dai Responsabili possono essere effettuate dal personale del comparto nella misura massima di 8 giorni all'anno. Il personale del comparto ha a disposizione 8 giorni all'anno per partecipare a concorsi o esami o aggiornamento professionale fuori dall'ente di appartenenza. Tutti gli oneri sono a carico del partecipante.

Le richieste vengono formalizzate e gestite tramite lo specifico gestionale per la formazione che consente l'acquisizione dei dati da parte SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane per il riconoscimento orario e la SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità per la parte economica. La formazione "esterna" dei dipendenti è gestita secondo specifiche procedure aziendali.

Inoltre ATS Val Padana, previo nulla osta della Direzione Generale, nel mese di ottobre di ogni anno, pubblica per 30 giorni in Amministrazione Trasparente - Sezione Bandi di Concorso, apposito avviso interno rivolto a tutto il personale dipendente del Comparto, al fine di garantire il Diritto allo Studio di cui all'art. 62 del C.C.N.L. del Comparto Sanità del 2.11.2022, che prevede che ai dipendenti possano essere concessi permessi retribuiti, nella misura massima di 150 ore individuali per ciascun anno solare e nel limite massimo, arrotondato all'unità superiore, del 3% del personale in servizio a tempo indeterminato e a tempo determinato di durata non inferiore a sei mesi continuativi, comprensivi anche di eventuali proroghe, in servizio presso l'Agenzia all'inizio di ogni anno.

Con riferimento all'ultimo avviso pubblicato (prot. n. 0090766 del 21/10/2024), su 14 posti disponibili hanno presentato domanda entro la scadenza 14 dipendenti, tutti in possesso dei requisiti e pertanto ammissibili alla concessione del beneficio.

3.4.4 Gli obiettivi e i risultati attesi della formazione

Nella progettazione degli eventi formativi viene considerata la coerenza tra le competenze acquisibili, gli obiettivi formativi e le metodologie didattiche e metodi di lavoro per definire gli strumenti di valutazione più adeguati alla valutazione dell'apprendimento dei discenti e la valutazione delle ricadute organizzative.

La valutazione dell'apprendimento dei discenti al termine del progetto formativo viene eseguita con strumenti diversi, a seconda dell'approccio adottato, ma sempre coerenti con gli obiettivi formativi e distinta per ciascun discente. Essa permette attraverso prove oggettive di conoscere se i partecipanti, a conclusione dell'evento, hanno conseguito gli obiettivi formativi definiti. In particolare, per il personale sanitario si fa riferimento alle indicazioni previste nel "Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM-CPD Regione Lombardia" che viene periodicamente aggiornato.

Tra gli indicatori monitorati dalla Formazione Aziendale viene misurato il "Livello di apprendimento" dei discenti considerando la percentuale dei partecipanti che superano la valutazione finale con un valore soglia che deve essere $\geq 80\%$ dei frequentanti. Dal 2022 viene rilevata la soddisfazione dei partecipanti alla formazione a distanza attraverso uno specifico modulo differente da quello previsto per la formazione residenziale.

Nella consapevolezza che il processo di formazione possa definirsi efficace nel momento in cui introduce o favorisce il cambiamento organizzativo nel 2025 sarà implementata la procedura di valutazione delle ricadute formative prevista dal sistema regionale.

4 MONITORAGGIO

4.1 Monitoraggio interno

Tutti gli obiettivi strategici e operativi richiamati nelle varie sezioni del presente documento - progettati ai fini della realizzazione dell'impegno di valore pubblico (mission) e relativi dei macro-obiettivi definiti dalla Direzione Strategica - prevedono la declinazione di specifici indicatori - anche di impatto esterno - per ciascuno a fronte dei quali avviene il monitoraggio interno. Gli obiettivi sono gestiti secondo le strategie definite da ciascun piano dal quale sono scaturiti e, complessivamente, nell'ambito del Ciclo di Gestione della Performance e il loro conseguimento concorre alla valutazione della performance organizzativa ed individuale.

In particolare, le modalità di attuazione del Ciclo di Gestione della Performance avviene nel rispetto di quanto indicato dal Regolamento "Ciclo di gestione della Performance dell'ATS Val Padana - Criteri di attribuzione obiettivi e modalità di verifica e tempistica per la rendicontazione", adottato con apposito Decreto dell'ATS della Val Padana n. 300 del 03/08/2017; esso è costituito dalle seguenti fasi:

1. Definizione e assegnazione degli obiettivi e dei rispettivi indicatori alle strutture aziendali;
2. Monitoraggio degli obiettivi in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
3. Rendicontazione dei risultati finali e valutazione della Performance Organizzativa;
4. Valutazione della Performance Individuale.

Definizione e assegnazione degli obiettivi

La SC Sistema dei Controlli interni - per il tramite delle strutture ad essa afferenti (SS "Controllo di Gestione" e SS "Internal Auditing, Qualità e Risk Management") - entro gennaio di ogni anno, ai sensi del D.Lgs. n. 150/2009, dà avvio al ciclo di gestione della performance, con l'individuazione di obiettivi di Performance di cui all'apposita sezione.

In esso sono contenuti:

- Obiettivi Strategici: gli impegni di mandato assunti in un arco temporale pluriennale (tre/cinque anni);
- Obiettivi Operativi: la ripartizione degli obiettivi strategici in un orizzonte temporale di un anno.

All'inizio di ogni anno, la SS Controllo di Gestione avvia la rilevazione delle proposte degli obiettivi da parte delle strutture aziendali, e in un secondo tempo propone alla Direzione Strategica la declinazione analitica degli obiettivi operativi nella seguente classificazione:

- Obiettivi delle Regole (di cui agli obiettivi contenuti nelle Regole di Sistema che R.L. emana ogni anno);
- Obiettivi aziendali (Obiettivi principalmente di natura qualitativa o organizzativa che vengono condivisi con i Responsabili di Dipartimento e/o di Ufficio di Staff sulla base delle indicazioni della Direzione Strategica);
- Obiettivi Regionali (obiettivi assegnati annualmente da R.L. al DG mediante Decreto regionale di determinazione degli indicatori di dettaglio).

Segue la fase di contrattazione del budget con la predisposizione di apposite SCHEDE DI NEGOZIAZIONE DI BUDGET nella quale la SS Controllo di Gestione assiste la Direzione Strategica nella predisposizione di appositi incontri per l'assegnazione formale degli obiettivi operativi annuali alle strutture aziendali e per la definizione di piani di azioni finalizzati al raggiungimento degli stessi. Gli incontri si svolgeranno su due livelli di negoziazione: 1° livello tra la Direzione Strategica, il Direttore di Dipartimento e l'SS Controllo direzionale; 2° livello tra il Direttore di Dipartimento e ogni singola SC, alla presenza della SS Controllo Direzionale e del Direttore afferente. Successivamente la SS Controllo di Gestione propone alla Direzione l'adozione di apposito atto deliberativo, secondo quanto previsto dalla procedura PP5.7.1 "Adozione dei Decreti e delle Determinazioni Dirigenziali" di definizione e assegnazione degli obiettivi operativi annuali.

Successivamente si provvede a sollecitare la condivisione degli obiettivi da parte dei Responsabili con tutto il personale dipendente e ad inviare le schede di valutazione del personale dipendente per l'effettuazione della valutazione intermedia di metà anno, secondo le modalità/strumenti/tempistiche definite nel Contratto Collettivo Integrativo Aziendale. La SS Controllo di Gestione provvede ad informare in merito il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni; provvede altresì al popolamento degli obiettivi nell'apposito applicativo per consentire di dare avvio alla seconda fase di monitoraggio degli obiettivi in corso di esercizio.

Monitoraggio in corso di esercizio

La SS Controllo di Gestione, secondo le tempistiche definite nel Regolamento aziendale sopra richiamato (salvo diverse indicazioni regionali e/o disposizioni della Direzione Strategica), effettua periodicamente, mediante l'applicativo dedicato, l'analisi dello stato d'avanzamento degli obiettivi sollecitando, ove necessario, l'attivazione di interventi correttivi ed eventualmente la rinegoziazione degli obiettivi stessi; provvede altresì a riferire alla Direzione Strategica e al NVP in merito allo stato d'avanzamento degli obiettivi.

Rendicontazione finale dei risultati

Nei primi mesi dell'anno successivo la SS Controllo di Gestione sollecita la rendicontazione finale di tutti gli obiettivi per acquisire le informazioni necessarie per la valutazione della Performance Organizzativa di tutte le strutture aziendali e per poter effettuare la rendicontazione degli obiettivi regionali nel rispetto delle scadenze fissate da RL.

La SS Controllo di Gestione informa puntualmente il NVP dell'esito della rendicontazione finale degli obiettivi, con trasmissione periodica dei report per acquisire la validazione in seconda istanza dei risultati degli obiettivi operativi annuali. L'attività svolta dal Nucleo, le cui funzioni sono definite dal Regolamento approvato con Decreto n. 4/2022 "Adozione del regolamento per il funzionamento del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'ATS della Val Padana", viene documentata in appositi verbali trasmessi puntualmente alla Direzione. A seguito della validazione di seconda istanza, la SS Controllo Direzionale propone alla Direzione Strategica l'adozione del Decreto di approvazione dei risultati finali degli obiettivi del personale dirigente e del comparto dell'ATS e la conseguente erogazione del trattamento accessorio, previa acquisizione della valutazione finale della Performance Individuale di cui alla fase successiva.

La SC Sistema dei Controlli Interni provvede a redigere la relazione Relazione sulla Performance/PIAO che viene sottoposta al NVP. Detta Relazione viene adottata con provvedimento del Direttore Generale e pubblicata sul sito aziendale, nell'area Amministrazione Trasparente, nel rispetto della scadenza di cui al D.Lgs. 150/2009 (30 giugno) e D.Lgs. 33/2019 e smi.

Valutazione della Performance Individuale

La struttura preposta, nei primi mesi dell'anno successivo, richiede a tutti i Responsabili aziendali la compilazione delle schede di valutazione (PI) di tutto il personale dipendente, correlate al sistema premiante di cui ai Contratti Integrativi Aziendali, a cui si fa espresso rinvio.

Le schede di valutazione firmate vengono trasmesse alla SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane per i successivi adempimenti e l'archiviazione nei fascicoli personali dei dipendenti.

4.1.1 La rilevazione della customer satisfaction

Tra gli strumenti in atto presso l'ATS della Val Padana per il monitoraggio del conseguimento degli impegni di valore pubblico si collocano anche i dati relativi alla soddisfazione dei cittadini / stakeholder.

Al fine di rilevare il loro grado di soddisfazione rispetto ai servizi erogati, nell'ambito del Sistema Qualità aziendale è stata elaborata una specifica metodologia nella procedura PP0.24 "Gestione delle indagini di customer satisfaction" che declina le fasi attraverso cui si concretizza la strategia dell'Agenzia, a partire dall'elaborazione del Piano di Customer Satisfaction - progettazione, attuazione dell'indagine ed elaborazione dei risultati, sino a giungere alla valutazione finale degli esiti e all'attuazione delle azioni di miglioramento. Gli esiti delle indagini sono pubblicati sul sito web aziendale.

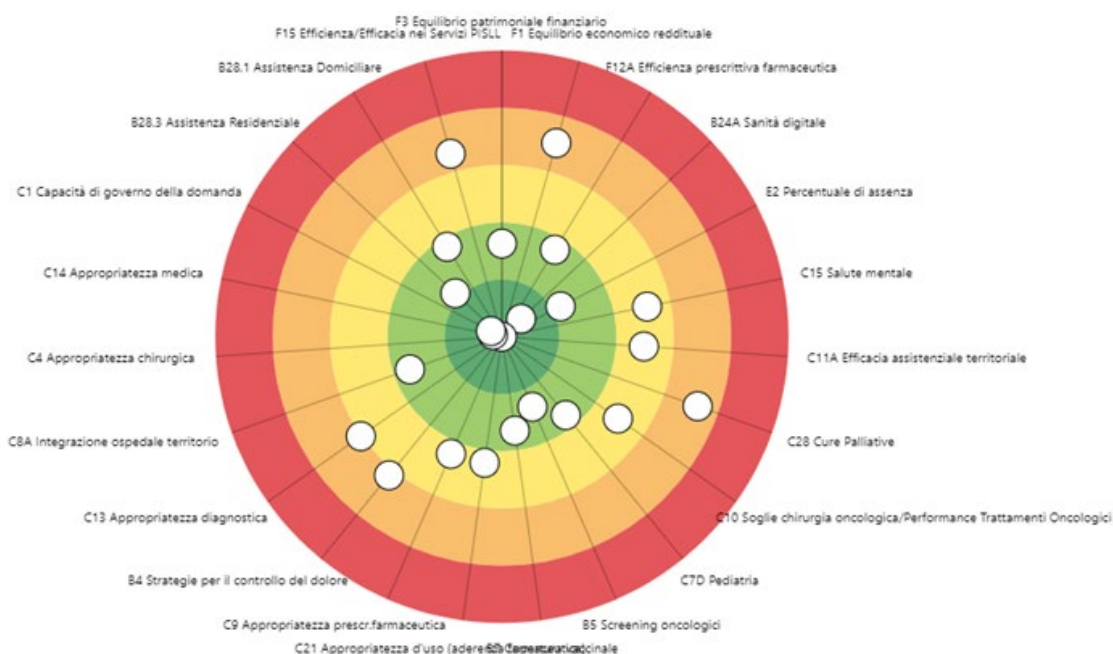
4.2 Ulteriori strumenti per il monitoraggio degli indicatori di performance e di qualità

Il rispetto degli impegni di valore pubblico dell'Agenzia viene monitorato anche attraverso strumenti esterni. In particolare, il riferimento è agli indicatori prodotti dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e da AGENAS, utili a inquadrare il territorio dell'ATS della Val Padana in confronto con quelli del resto d'Italia.

4.2.1 Il Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali

Sono oltre 10 anni che la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa si occupa di misurare le performance dei sistemi regionali e delle aziende sanitarie. Il grafico seguente è il più aggiornato e fa riferimento all'anno 2023, esso offre un'intuitiva rappresentazione di sintesi dei risultati ottenuti dall'ATS della Val Padana. Lo schema del bersaglio permette di identificare istantaneamente i punti di forza e di debolezza. I "pallini" del bersaglio rappresentano la performance degli indicatori di sintesi. Gli indicatori con performance ottima si localizzano al centro del bersaglio; quelli con performance scarsa si trovano, invece, sulla fascia rossa esterna.

Bersaglio 2023 - ATS della Val Padana



Come si vede dal grafico l'ATS della Val Padana ha realizzato ottimi risultati negli indicatori di appropriatezza medica e chirurgica, entrambi rilevano quando le prestazioni sono erogate con le giuste tempistiche e secondo standard clinici riconosciuti e condivisi, in modo da rispondere efficacemente ai bisogni del paziente, ottimizzando il rapporto tra costi, rischi e benefici. Ottimi risultati sono stati rilevati anche nella capacità di governo della domanda di assistenza sanitaria dei cittadini, ciò significa che sono state fornite adeguate e appropriate risposte ai bisogni sanitari, con particolare riguardo ai ricoveri ospedalieri e al tasso di ospedalizzazione. Sono stati misurati buoni risultati nell'indicatore che monitora la percentuale di assenza dei dipendenti dal posto di lavoro, considerato un indicatore del clima interno aziendale. Viene inoltre segnalata una buona performance nel settore dell'assistenza domiciliare, stabilita attraverso valutazioni delle cure domiciliari e del servizio ADI per ogni livello di CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale). Mentre vi è un risultato mediocre per quanto concerne l'indicatore di efficacia assistenziale territoriale, che si basa su misurazioni dell'efficacia indiretta delle cure primarie, come ad esempio la valutazione dei tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza (diabete, BPCO, scompenso cardiaco), integrata con rilevazioni sulla capacità di presa in carico sul territorio. Buoni risultati si sono ottenuti nell'ambito dell'efficienza della prescrizione farmaceutica, questo indicatore monitora l'utilizzo di molecole non coperte da brevetto, che hanno un costo minore rispetto a quelle che hanno ancora la copertura brevettuale (l'utilizzo dei farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in altre classi di farmaci). Mentre per gli altri indicatori farmaceutici si sono valutati dei risultati medi, nello specifico per gli indicatori di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, che indica il corretto utilizzo dei farmaci in base alle evidenze scientifiche disponibili per il trattamento di una determinata condizione medica, e nell'ambito dell'aderenza farmaceutica, cioè l'aderenza da parte del paziente rispetto alle indicazioni e prescrizioni terapeutiche fornite dal medico. Buoni risultati invece si sono ottenuti in ambito di integrazione ospedale-territorio, attività valutata in base alla capacità delle strutture territoriali di prendere in carico l'utente guardando nello specifico la percentuale di ricoveri maggiori di 30 giorni, il tasso di accesso al Pronto Soccorso e il tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali. Si sono realizzate buone performance anche nei settori dell'assistenza in età pediatrica e dell'assistenza residenziale, quest'ultima valutata attraverso l'analisi del flusso delle prestazioni residenziali e semiresidenziali. Un buon risultato si ha anche in campo patrimoniale e finanziario, valutato con indicatori di solvibilità e solidità tradizionalmente utilizzati nelle analisi di bilancio. Così come hanno ottenuto buoni risultati i

programmi di screening oncologici e le performance dei trattamenti oncologici. Riguardo l'adozione della sanità digitale da parte dei cittadini e dei professionisti del settore sanitario si sono invece registrati ottimi risultati. Mentre le attività territoriali e ospedaliere attive nel settore della salute mentale hanno ottenuto un risultato intermedio. Si nota tuttavia una scarsa performance per quel che riguarda la strategia di controllo del dolore, tale indicatore è riferito al consumo territoriale di farmaci oppioidi. È da migliorare anche l'ambito dell'appropriatezza diagnostica, basata sulla valutazione dei tassi di prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei tassi di prestazioni di diagnostica per immagine. Infine, si sono ottenuti degli scarsi risultati anche per gli indicatori di efficienza ed efficacia nei servizi PISLL ed equilibrio economico reddituale, dove il primo analizza i fenomeni di rilevante importanza per il monitoraggio dell'attività del settore Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di lavoro, mentre il secondo esprime la capacità dell'azienda di raggiungere condizioni di funzionalità e sviluppo durature nel tempo.

Riassumendo, per l'ATS della Val Padana sono stati analizzati i 23 indicatori pubblicati dall'Istituto Sant'Anna come elencato in tabella che segue. Di questi, sono stati classificati:

- 13 indicatori in fascia verde (buono/ottimo risultato): 56%
- 5 indicatori in fascia gialla (medio risultato): 22%
- 5 indicatori in fascia arancio-rossa (scarso/pessimo risultato): 22%

INDICATORE	RISULTATO ATS Val Padana
C4 Appropriatezza chirurgica	Ottimo
C14 Appropriatezza medica	Ottimo
C1 Capacità di governo della domanda	Ottimo
B24A Sanità digitale	Ottimo
B28.3 Assistenza Residenziale	Buono
E2 Percentuale di assenza	Buono
B5 Screening oncologici	Buono
F3 Equilibrio patrimoniale finanziario	Buono
B7 Copertura vaccinale	Buono
C8A Integrazione ospedale territorio	Buono
C7D Pediatria	Buono
F12A Efficienza prescrittiva farmaceutica	Buono
B28.1 Assistenza Domiciliare	Buono
C21 Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)	Medio
C9 Appropriatezza prescr. farmaceutica	Medio
C10 Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici	Medio
C11A Efficacia assistenziale territoriale	Medio
C15 Salute mentale	Medio
C13 Appropriatezza diagnostica	Scarso
B4 Strategie per il controllo del dolore	Scarso
F15 Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	Scarso
F1 Equilibrio economico reddituale	Scarso
C28 Cure Palliative	Scarso

4.2.2 Il Programma Nazionale Esiti (PNE)

Di seguito si riporta una breve analisi qualitativa riguardo quanto evidenziato dai dati del PNE (Programma Nazionale Esiti). Si tratta di uno strumento messo a disposizione da AGENAS per la valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo. Sono riportati di seguito gli indicatori di processo/esito di assistenza ospedaliera e territoriale per ATS Val Padana in confronto con la media nazionale. Si è scelto di riportare solo le differenze evidenziate come statisticamente significative rispetto alla media nazionale, espresse come Rischio Relativo (RR). Occorre ricordare che gli indicatori sono presentati come tassi, grezzi e aggiustati per le caratteristiche delle popolazioni in esame. L'anno di riferimento è il 2023. Gli indicatori definiti come "negativi" sono riferiti ad eventi per cui è auspicabile una riduzione dei tassi, di conseguenza per questi un RR inferiore all'unità descrive una situazione migliore rispetto agli altri territori. Al contrario, gli indicatori definiti come "positivi" descrivono un evento positivo, per cui in questo caso è auspicabile un aumento dei tassi e un RR superiore all'unità.

Per l'area perinatale il nostro territorio ha un comportamento virtuoso rispetto alla media nazionale; infatti, si rileva una minor proporzione di parti con taglio cesareo primario e di episiotomie nei parti vaginali, in aggiunta si ha una maggior proporzione di parti vaginali effettuati in donne con pregresso taglio cesareo. Per l'area cardiovascolare si hanno performance peggiori rispetto alla media in merito agli eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari ad un anno da infarto acuto del miocardio, però si hanno performance positive rispetto alla media per quanto riguarda la proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service. Sono positivi i risultati ottenuti rispetto alla media nazionale nell'area cerebrovascolare, infatti dopo un evento di ictus ischemico si hanno rischi relativi minori rispetto alla mortalità e allo sviluppo di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari ad un anno dall'evento. In merito all'area urogenitale si ha una ridotta mortalità a 30 giorni dal ricovero per insufficienza renale cronica ma si ha una maggiore proporzione rispetto alla media di ricoveri per evento acuto grave entro due anni da un ricovero per insufficienza renale cronica. Nel settore della chirurgia oncologica la mortalità a 30 giorni dopo intervento chirurgico per tumore maligno del colon è ridotta rispetto alla media nazionale, mentre è peggiore la proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella e la mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia. Infine, si hanno performance peggiori rispetto alla media nazionale per la proporzione di ricoveri in day surgery per colecistectomia laparoscopica e per quanto riguarda le fratture del collo del femore operate entro 48 ore (o due giorni) dall'accesso nella struttura di ricovero.

INDICATORE NEGATIVO	N	Tasso grezzo	Tasso adj	RR	p
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	626	1.92	1.88	0.51	0.025
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	1188	7.32	6.97	0.61	0
Ictus ischemico: MACCE a 1 anno	815	12.02	11.89	0.67	0
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	3226	7.69	7.79	0.74	0
Ictus ischemico: MACCE a 1 anno con mortalità per ogni causa	815	22.95	21.26	0.75	0
Ictus ischemico: mortalità a 1 anno	815	14.48	12.4	0.77	0.009
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	4106	18.58	19.9	0.88	0.001
Infarto Miocardico Acuto: MACCE a 1 anno	1162	23.06	23.32	1.29	0.01
IMA: MACCE a 1 anno con mortalità per ogni causa	1162	29.43	30.65	1.32	0.001
Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica	370	24.59	23.99	1.32	0.005
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella - con nuove variabili	598	7.69	7.57	1.34	0.042
Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	448	5.13	5.45	1.84	0.004

INDICATORE POSITIVO	N	Tasso grezzo	Tasso adj	RR	p
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	572	19.58	19.38	1.67	0
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service	450	62.44	61.25	1.09	0.024
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	1052	52.28	51.76	0.92	0.005
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni dall'accesso nella struttura di ricovero	1050	61.71	61.22	0.87	0
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	941	21.79	20.26	0.64	0

PNE: Indicatori di processo/esito di assistenza ospedaliera per area territoriale – confronto con la media stagionale

È possibile reperire maggiori informazioni, il dettaglio degli indicatori nonché la loro modalità di costruzione visitando i siti internet riportati qui di seguito. Si fa presente che per accedere ai dati del Sant'Anna è necessario creare un account.

<https://pne.agenas.it/home>

<https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>

ALLEGATI

Allegato 1

SEMPLIFICAZIONE E DIGITALIZZAZIONE

MAPPATURA DEI PROCESSI DIGITALIZZATI

SW / Applicativo	Ambito	Interno / esterno	Principale utilizzatore (Dipartimento)	Principale utilizzatore 1 (struttura)	Specifico / Trasversale	Principali funzioni / Processi impattati	Procedure sistema qualità aziendale
<i>Navision (inclusi NRO, PagoPA)</i>	Amministrazione, Contabilità, Approvvigionamenti	interno	Amministrativo	tutte le strutture del Dipartimento	trasversale	inventario, gestione ordini, fatture, contabilità	PP5.5.08 Acquisto di beni e servizi infungibili e/o esclusivi; PP5.0.11 Inventario fisico periodico; PP5.0.18 Gestione Magazzino di primo livello; PP5.0.20 Gestioni e rilevazioni inventariali presso i centri utilizzatori (magazzini di secondo livello); PP5.0.23 Gestione Tesoreria; PP5.0.25 Prestazioni dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria e Veterinario (con incasso successivo all'erogazione della prestazione); PP5.0.26 Prestazioni dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria e Veterinaria (con incasso precedente all'erogazione della prestazione); PP5.0.33 Acquisizione di immobilizzazioni materiali e immateriali; PP5.5.11 Acquisto di software; Procedure PAC
<i>Protocollo (Archiflow)</i>	Gestione Documentale	interno	Amministrativo	SC Affari Generali e Legali	trasversale	protocollo, decreti, deliberazioni, determine	PP5.7.1 Adozione delle deliberazioni e delle determinazioni dirigenziali
<i>Santionibus</i>	Gestione atti sanzionatori	interno	Amministrativo	SC Affari Generali e Legali Tute le strutture aziendali (che elevano sanzioni)	specifico	gestione processi sanzionatori	PP7.0.10 Controllo ufficiale tramite ispezione; PP7.0.11 Controllo ufficiale tramite audit; PP5.0.27 Sanzioni Amministrative ex L. 689/1981; PP5.0.28 Sanzioni Pecuniarie ex D. Lgs, 758/1994
MUA	Gestione GDPR/Privacy	esterno	Amministrativo	SC Affari Generali e Legali	trasversale	gestione GDPR	
<i>HR Suite</i>	Risorse Umane - presenze - formazione	esterno	Amministrativo	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	trasversale	rilevazione presenze, ferie, giuridico, formazione	PP5.0.45 Gestione del trattamento economico del personale dipendente; PP5.6.3 Gestione dell'assenteismo e delle timbrature; PP5.6.2 Variazione / cessazione del rapporto di lavoro; PP5.6.8 Accoglienza, inserimento, valutazione, sviluppo e formazione dei nuovi operatori; PP5.8.1 Gestione del piano di formazione aziendale e degli eventi formativi (interni); PP5.8.2 Aggiornamento professionale "esterno"
Concorsi Smart	Gestione Concorsi	esterno	Amministrativo	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	specifico	gestione concorsi	PP5.6.1 Reclutamento del personale dipendente: mobilità volontaria e utilizzo di graduatoria pubblica
PerlaPA	Portale Pubblica Amministrazione	esterno	Amministrativo	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	specifico	anagrafe prestazioni (dei dipendenti), assenze, debiti ministeriali circa il personale, permessi sindacali	PP5.0.45 Gestione del trattamento economico del personale dipendente
Entratel	Portale fiscale	esterno	Amministrativo	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	specifico	denunce fiscali	PP5.0.45 Gestione del trattamento economico del personale dipendente
Inail	Portale Inail	esterno	Amministrativo	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	specifico	denunce infortuni	PP5.6.5 Gestione degli infortuni
Inps	Portale Inps	esterno	Amministrativo	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	specifico	denunce contributive, gestione previdenziale	PP5.0.45 Gestione del trattamento economico del personale dipendente
SICO	Piattaforma rilevazione conto annuale	esterno	Amministrativo	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	specifico	adempimenti periodici R.U. (conto annuale e trimestrale)	
LavoroPubblico	Piattaforma funzione pubblica	esterno	Amministrativo	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	specifico	debiti pari opportunità	
ARAN	Piattaforma agenzia rappresentanza negoziale	esterno	Amministrativo	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	specifico	rappresentative sindacali, contratti integrativi	
Fluper	Gestione flussi personale	esterno	Amministrativo	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	specifico	Debiti informativi regionale inerenti il personale	
RL+, SIOPE+, HUB FE (Notier)	Gestione pagamenti, incassi	esterno	Amministrativo	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	specifico	flussi tesoreria	PP5.0.23 Gestione Tesoreria
Scriba	Gestione bilanci, doc rendicontazione	esterno	Amministrativo	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	specifico	gestione bilanci, doc rendicontazione	Procedure PAC

SW / Applicativo	Ambito	Interno / esterno	Principale utilizzatore (Dipartimento)	Principale utilizzatore 1 (struttura)	Specifico / Trasversale	Principali funzioni / Processi impattati	Procedure sistema qualità aziendale
MyPay, MyPivot	Portale pagamenti	esterno	Amministrativo	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	specifico	portale pagamenti	PP5.0.23 Gestione Tesoreria
Area RGS – ex PCC	Piattaforma gestione crediti	esterno	Amministrativo	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	specifico	piattaforma gestione crediti	PP5.0.31 Recupero Crediti
DURC	Gestione documenti regolarità contributiva	esterno	Amministrativo	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	specifico	gestione documenti regolarità contributiva	
Ag, Entrate - Gestione Riscossioni	Gestione riscossioni, cassetto fiscale, inadempienze	esterno	Amministrativo	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	specifico	gestione riscossioni, cassetto fiscale, inadempienze	
Partecipazioni	Portale partecipazioni	esterno	Amministrativo	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	specifico	rendicontazione partecipazioni	
PISA	Portale Collegio Sindacale	esterno	Amministrativo	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	specifico	gestione collegio sindacale	
Nar - Gaia	Gestione Assistiti/medici	esterno	Direzione Generale	SS Ict e Cybersecurity	trasversale	scelta revoca, anagrafe assistiti e medici	
GAMS	Gestione Anagrafe Medici Specialisti	esterno	PAAPSS	SC Governo Polo Ospedaliero	specifico	Gestione anagrafe medici specialisti per strutture erogatrici	
Dossier	Controlli DIPS (SISP, SIAN, PSAL)	esterno	Igiene e Prevenzione Sanitaria	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	gestione controlli delle strutture specificate	PP2.1.1 Rilascio parere su opere edilizie residenziali e cimiteriali; PP2.1.2 Rilascio parere su permessi di costruire agricoli, industriali, artigianali e commerciali ; PP2.1.3 Valutazioni igienico sanitarie su strumenti di pianificazione urbanistica; PP2.1.4 Inizio attività e vigilanza strutture sanitarie; PP2.1.6 Inabitabilità, antigienicità, inagibilità ed inconvenienti igienici; PP2.1.7 Controllo sulle acque di piscina; PP2.1.11 Applicazione del regolamento di polizia mortuaria; PP2.1.17 Contributo specialistico su Valutazione Impatto Ambientale V.I.A. e Verifica di Assoggettabilità a V.I.A.; PP2.1.18 Inizio attività e vigilanza su barbieri, parrucchieri, estetiste, tatuatori ed attività affini; PP2.2.7 Gestione degli interventi nutrizionali per la ristorazione nella scuola; PP2.2.10 Controllo della qualità delle acque erogate da acquedotti pubblici; PP2.2.13 Gestione e valutazione Segnalazioni Certificate di Inizio Attività (S.C.I.A.) di tipo alimentare e criteri di assegnazione del codice di rischio (Reg. UE 2017/625 Titolo II); PP2.3.3 Attività di vigilanza, controllo e ispezione; PP2.11.2 Verifiche di impianti elettrici di messa a terra, di protezione contro le scariche atmosferiche e di impianti elettrici installati in luoghi con pericolo di esplosione; PP2.11.3 Verifiche attrezzature a pressione; PP2.11.4 Verifiche attrezzature di sollevamento; PP7.0.10 Controllo ufficiale tramite ispezione; PP7.0.11 Controllo ufficiale tramite audit
SI AVR	Vaccinazioni	esterno	Igiene e Prevenzione Sanitaria	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	gestione vaccinazioni	
Arvax	Vaccinazioni	esterno	Igiene e Prevenzione Sanitaria	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	gestione vaccinazioni Covid e anti-influenzale	
Lims	Laboratorio	interno	Igiene e Prevenzione Sanitaria	SSD Laboratorio di Prevenzione	specifico	gestione analisi microbiologia, ogm e tossicologia (solo per alimenti e droghe da strada)	PP2.9.7 Definizione Metodi di Prova

SW / Applicativo	Ambito	Interno / esterno	Principale utilizzatore (Dipartimento)	Principale utilizzatore 1 (struttura)	Specifico / Trasversale	Principali funzioni / Processi impattati	Procedure sistema qualità aziendale
<i>Sorveglianza</i>	Gestione sorveglianza covid	esterno	Igiene e Prevenzione Sanitaria	SC Medicina Preventiva nelle Comunità	specifico	gestione sorveglianza (casi, contatti, scuole)	PP2.0.2 Procedura per la gestione della sorveglianza delle malattie infettive e della sorveglianza COVID-19
<i>SMI</i>	Gestione Malattie Infettive	esterno	Igiene e Prevenzione Sanitaria	SS Prevenzione delle Malattie Infettive	specifico	Gestione segnalazioni malattie infettive	PP2.16.1 Gestione casi e contatti da morbillo e rosolia; PP2.16.2 Gestione dell'indagine epidemiologica in casi di episodi di malattie trasmesse con gli alimenti (MTA); PP2.16.3 Gestione delle Malattie Invasive Batteriche e della Meningite da Meningococco (Neisseria Meningitidis); PP2.16.4 Gestione delle Legionellosi (Legionella pneumophila); PP2.16.5 Gestione dei casi di scabbia
<i>SASHA (PanFlu)</i>	Gestione Piano Pandemico	esterno	Igiene e Prevenzione Sanitaria	SS Prevenzione delle Malattie Infettive	specifico	Gestione azioni inerenti il Piano Pandemico	PP2.0.6 Monitoraggio e aggiornamento del piano operativo locale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PANFLU)
<i>Arianna Screening</i>	Screening	interno	Igiene e Prevenzione Sanitaria	SS Programmi di Screening di Popolazione	specifico	gestione screening mammografico, citologico, colon-retto, hpv	PP2.15.1 Gestione degli screening oncologici
<i>SIGESP</i>	Screening Prostata	esterno	Igiene e Prevenzione Sanitaria	SS Programmi di Screening di Popolazione	specifico	Gestione screening prostata	
Portale Tessera Sanitaria	Tessere Sanitarie, Tamponi, Esenzioni Vaccinazioni, ...	esterno	Direzione Generale	SS Ict e Cybersecurity	trasversale	gestione CNS, tamponi, vaccinazioni estere, esenzioni da vaccinazione, ...	
<i>Quadrifoglio</i>	Controlli NOC	interno	PAAPSS	SC Governo Polo Ospedaliero	specifico	gestione controlli NOC (ricoveri, ambulatoriale)	PP10.3.1 Controlli di appropriatezza sulle strutture Unità d'Offerta sociosanitarie
<i>DSP Flux</i>	Gestione Flussi PAAPSS - PIPSS	interno	PAAPSS	Dipartimento PAAPSS	trasversale	gestione flussi area sanitaria e socio sanitaria	
SIPRL (ex PsicheWeb)	Gestione Psichiatria	esterno	PAAPSS	SC Governo Polo Ospedaliero	specifico	gestione attività di ambito psichiatrico	
NPIA	Gestione Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale	esterno	PAAPSS	SC Governo Polo Ospedaliero	specifico	gestione attività di neuropsichiatria infantile ed adolescenziale	
Autorizzazioni Psichiatria	Gestione autorizzazioni Psichiatria	interno	PAAPSS	SC Governo Polo Ospedaliero	specifico	gestione delle autorizzazioni di ambito psichiatrico	PP10.3.3 Autorizzazione e accreditamento socio sanitario (nuove istanze, modifiche e volture)
SIGAUSS (Asan)	Gestione Anagrafe Strutture Sanitarie	esterno	PAAPSS	SC Governo Polo Ospedaliero	specifico	gestione anagrafica strutture sanitarie	PP10.2.5 Rilascio parere per l'autorizzazione e l'accREDITamento delle strutture sanitarie
Afam	Gestione Anagrafe Socio-Sanitarie	esterno	PAAPSS	SC Governo Polo Territoriale	specifico	gestione anagrafica strutture socio-sanitarie	
SIDIWeb	Piattaforma regionale SIDI	esterno	PAAPSS	Dipartimento PAAPSS	specifico	gestione schede SIDI disabili	
FIM	Flussi ministeriali accreditamento	esterno	PAAPSS	SC Governo Polo Ospedaliero	specifico	gestione accreditamento (ministeriale)	PP10.2.5 Rilascio parere per l'autorizzazione e l'accREDITamento delle strutture sanitarie
<i>Achille</i>	<i>Gestione Medico Competente</i>	esterno	Direzione Generale	Medico Competente	specifico	Gestione attività medico competente	
Istat	Piattaforma Istat	esterno	PIPSS	tutte le strutture del Dipartimento	trasversale	controllo dati demografici	
Bandi On Line	Piattaforma regionale bandi on line	esterno	PIPSS	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	rendicontazione progetti	
Aggregatore KLAN	Piattaforma territoriale	esterno	PIPSS	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	scambio flussi con ambiti	
<i>Obiettivi</i>	Gestione Obiettivi regionali/aziendali/rar	esterno	Direzione Generale	SC Sistema dei Controlli Interni	trasversale	gestione obiettivi e schede individuali	
Conservazione	Gestione Conservazione Documentale	esterno	Direzione Generale	SS Ict e Cybersecurity	specifico	conservazione documenti, fatture, cedolini, ricette elettroniche, ...	
Avaya	Gestione Centralini	interno	Direzione Generale	SS Ict e Cybersecurity	specifico	gestione nuovi centralini, utenze telefoniche, numeri verdi	

SW / Applicativo	Ambito	Interno / esterno	Principale utilizzatore (Dipartimento)	Principale utilizzatore 1 (struttura)	Specifico / Trasversale	Principali funzioni / Processi impattati	Procedure sistema qualità aziendale
<i>Registro Tumori/Mortalità</i>	Serv. Epidemiologico	interno	Direzione Generale	SC Osservatorio Epidemiologico	specifico	gestione registri tumori e mortalità	PP1.25.1 Gestione della richiesta/rilascio certificato causa di morte
<i>SAS</i>	Datawarehouse	interno	Direzione Generale	SS Ict e Cybersecurity	trasversale	reportistica interna ed istituzionale	
<i>PT</i>	Piani Terapeutici	esterno	Direzione Sanitaria	Farmaceutico	specifico	gestione piani terapeutici (territoriale)	
<i>VetInfo</i>	Veterinaria	esterno	Veterinario	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	come SIVI ma di area nazionale	
<i>SIV</i>	Veterinaria	esterno	Veterinario	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	gestione delle attività strutture del Dipartimento Veterinario (anagrafi zootecniche e attività produttive, aree B e C, gestione focolai)	PP7.0.10 Controllo ufficiale tramite ispezione; PP7.0.11 Controllo ufficiale tramite audit; PP6.0.6 Controlli relativi al benessere degli animali da reddito; PP6.0.10 Gestione emergenze epidemiche e non epidemiche; PP6.1.1 Gestione e controllo dell'anagrafe degli animali; PP6.0.15 Ispezione e controllo ufficiale in fase di macellazione; PP6.0.16 Attuazione del Piano Nazionale Residui; PP6.1.8 Registrazione degli allevamenti nelle anagrafi zootecniche; PP6.3.1 Gestione delle non conformità dei parametri microbiologici e chimico-fisici del latte crudo e del latte crudo destinato alla produzione di latte fresco pastorizzato di alta qualità; PP6.3.2 Vigilanza impianti / attività che ricadono nel campo di applicazione del Regolamento CE 1069/2009 e 142/2011; PP6.3.3 Vigilanza sulla commercializzazione dei Medicinali Veterinari
<i>TracesNT</i>	Veterinaria	esterno	Veterinario	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	tracciamento scambi animali fra i paesi comunitari o terzi	PP6.0.7 Controlli sugli scambi comunitari di animali / materiale germinale / prodotti e sottoprodotti di origine animale
<i>Fattoria</i>	Attività DPV	esterno	Veterinario	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	rilevazione carichi lavoro e fatturazione (aree A, B, C)	PP5.0.25 Prestazioni dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria e Veterinario (con incasso successivo all'erogazione della prestazione); PP5.0.26 Prestazioni dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria e Veterinaria (con incasso precedente all'erogazione della prestazione)
<i>CheckUp</i>	Macelli	esterno	Veterinario	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	gestione macelli (registro macellazione suini)	PP6.0.15 Ispezione e controllo ufficiale in fase di macellazione
<i>CheckUpWeb</i>	Macelli	esterno	Veterinario	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	gestione macelli (gestione orari di lavoro nei macelli suini o bovini)	PP6.0.15 Ispezione e controllo ufficiale in fase di macellazione
Scontrolli	Controlli Veterinaria	interno	Veterinario	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	controlli ambito veterinario (aree A, B, C)	PP7.0.10 Controllo ufficiale tramite ispezione PP7.0.11 Controllo ufficiale tramite audit
SINAC	Gestione Anagrafe Animali d'affezione	esterno	Veterinario	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	gestione animali d'affezione	PP6.1.9 Tutela degli animali d'affezione, igiene urbana, anagrafe degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo
Arca di Noè	Gestione Animali d'affezione	esterno	Veterinario	tutte le strutture del Dipartimento	specifico	gestione animali d'affezione (solo MN)	PP6.1.9 Tutela degli animali d'affezione, igiene urbana, anagrafe degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo
FarmaVision	Farmaceutica	esterno	Direzione Sanitaria	Farmaceutico	specifico	controlli farmaceutica e assistenza integrativa	PP5.0.41 Costi Farmaceutica Convenzionata, Assistenza Integrativa, Rimborsi prestazioni servizi SISS e Servizio Distribuzione Per Conto
Farma2017, FarmaTool	Farmaceutica	esterno	Direzione Sanitaria	Farmaceutico	specifico	gestione e controlli pagamenti farmacie	PP5.0.41 Costi Farmaceutica Convenzionata, Assistenza Integrativa, Rimborsi prestazioni servizi SISS e Servizio Distribuzione Per Conto
Rete Nazionale Farmaco Vigilanza, VigiFarmaco	Farmaceutica	esterno	Direzione Sanitaria	Farmaceutico	specifico	gestione segnalazioni reazioni avverse ai farmaci	
Gallery	Farmaceutica	esterno	Direzione Sanitaria	Farmaceutico	specifico	anagrafe farmaci	
<i>Assistant-RL</i>	Protesica Maggiore e Minore (diabetica)	esterno	Direzione Sanitaria	SC Servizio Farmaceutico	specifico	Diabetici (Farmaceutico) Protesica Maggiore (PAAPSS)	
<i>Webcare e WebDPC</i>	Assistenza Integrativa	esterno	Direzione Sanitaria	SC Servizio Farmaceutico	specifico	gestione dei controlli assistenza integrativa (incontinenza, latti, stomie, cateteri, prodotti per nefropatie) relativi alle erogazioni da parte delle farmacie	PP5.0.41 Costi Farmaceutica Convenzionata, Assistenza Integrativa, Rimborsi prestazioni servizi SISS e Servizio Distribuzione Per Conto

SW / Applicativo	Ambito	Interno / esterno	Principale utilizzatore (Dipartimento)	Principale utilizzatore 1 (struttura)	Specifico / Trasversale	Principali funzioni / Processi impattati	Procedure sistema qualità aziendale
<i>Celiachia-RL</i>	Celiachia	esterno	Direzione Sanitaria	SC Servizio Farmaceutico	specifico	gestione controlli delle erogazioni prodotti per celiaci	PP5.0.39 Costi per l’erogazione di alimenti senza glutine a pazienti celiaci da parte della GDO e Negozi convenzionati
<i>Area Intranet Aziendale (inclusi tempi di attesa) - Maia</i>	Intranet (include moduli vari a sviluppo interno)	interno	Tutte le strutture	tutte le strutture di agenzia	trasversale	gestione documentazione intranet (inclusi MMG)	
<i>Office365</i>	Posta elettronica, sharepoint, Teams, ...	esterno	Tutte le strutture	tutte le strutture di agenzia	trasversale	produttività individuale	
Portale Governo Regionale	Piattaforma regionale indicatori - DWH	esterno	Tutte le strutture	tutte le strutture di agenzia	trasversale	Fluper, Scriba, percorsi Famiglia, indicatori regionali	
SMAF	Sistema modulare accoglienza flussi	esterno	Tutte le strutture	tutte le strutture di agenzia	trasversale	debiti informativi regionali sanitari e socio-san	

PIANO PER LA DIGITALIZZAZIONE DEI PROCESSI

PROGETTO	OBIETTIVO	STRUTTURA / AREA	PERIODO		
			2025	2026	2027
Adeguamenti infrastrutturali per riforma sanitaria	Predisposizione e implementazioni attuative della riforma sanitaria lombarda; adeguamenti edifici/servizi/reti (completamento)	Tutti	X		
Migrazione ambienti operativi in cloud	Progressivo passaggio degli ambienti applicativi (non tecnici) presso cloud ARIA	SS ICT e Cybersecurity	X	X	X
Firma Remota	Diffusione Firma Remota per EEPA e portali regionali	SS ICT e Cybersecurity		X	X
Rete dati	Implementazione rete dati secondo progetto regionale Infratel	SS ICT e Cybersecurity	X	X	X
Re-ingegnerizzazione DWH	Studio di nuova soluzione di datawarehousing/re-ingegnerizzazione soluzione in essere	SS ICT e Cybersecurity	X	X	X
Dematerializzazione del processo sanzionatorio	Estensione dell'utilizzo del programma Santionibus per la completa dematerializzazione del processo sanzionatorio a tutti i servizi aziendali, per assicurare la trasparenza e la tracciabilità del processo decisionale e di tutte le fasi dell'attività (completamento PAAPSS)	Dipartimento PAAPSS	X		
Sorveglianza Sanitaria Covid-19 e altre malattie infettive (SMI)	Continui adeguamenti al sistema (perseguimento centralizzazione delle funzioni a livello regionale)	DIPS	X	X	
Dematerializzazione repertorio contratti	Implementazione di specifica funzione nell'applicativo dedicato per l'informatizzazione del repertorio dei contratti (completamento)	SC Gestione Acquisti (Economato – Provveditorato)	X		
Ciclo Passivo	Informatizzazione del processo documentale relativo al ciclo passivo (in valutazione eventuale sostituzione completa del software amministrativo-contabile, anche sulla base delle indicazioni regionali e di eventuale adesione a nuova soluzione regionale)	SC Gestione Acquisti (Economato – Provveditorato)	X	X	
Fascicolo del dipendente (start-up)	Dematerializzazione del processo di gestione della documentazione oggetto di archiviazione nel fascicolo individuale del dipendente	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X
Nuovo applicativo LIMS	Introduzione del nuovo sistema regionale di gestione delle attività di laboratorio – secondo indicazioni e tempistiche regionali	SSD Laboratorio di Prevenzione	X	X	X
Nuovo applicativo Screening	Introduzione del nuovo sistema regionale di gestione delle attività di laboratorio – secondo indicazioni e tempistiche regionali	SS Programmi di Screening di Popolazione	X	X	X
Nuovo applicativo Gestione Risorse Umane	Introduzione del nuovo sistema regionale di gestione delle Risorse Umane – secondo indicazioni e tempistiche regionali	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X

Allegato 2

GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Ad integrazione di quanto rappresentato nel § “La metodologia di gestione del rischio” si forniscono a seguire indicazioni di dettaglio in merito alla metodologia di valutazione del rischio adottata dall’ATS della Val Padana.

Come previsto dal PNA, la valutazione del rischio avviene in tre fasi:

- Identificazione;
- Analisi;
- Ponderazione.

Identificazione del rischio

L’identificazione degli eventi rischiosi ha l’obiettivo di individuare comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi dell’Agenzia, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Ai fini dell’identificazione del rischio, si è provveduto a:

- d) Definire l’oggetto di analisi (unità di analisi) identificandolo nelle singole fasi dei processi dell’Agenzia
- e) Definire tecniche di identificazione e fonti informative:

TECNICHE

- L Analisi di documenti e banche dati;
- L Interviste/incontri con il personale/dirigenti;
- L Focus group.

FONTI INFORMATIVE

- L risultanze dell’analisi del contesto interno e esterno realizzate nelle fasi precedenti;
 - L risultanze dell’analisi della mappatura dei processi;
 - L analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell’Agenzia;
 - L incontri con i responsabili degli uffici o il personale dell’Agenzia che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;
 - L risultanze dell’attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es. internal audit) laddove presenti;
 - L segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es. segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione);
 - L le esemplificazioni eventualmente elaborate dall’Autorità per il comparto di riferimento;
 - L registro di rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa.
- f) Individuare i rischi: allo scopo, l’Agenzia adotta quale punto di riferimento l’Universo dei Rischi codificato nel Manuale Operativo dell’Internal Auditing di Regione Lombardia, in quanto ritenuto strumento adeguato a rappresentare anche i rischi relativi ai processi dell’Agenzia.

Il “Registro dei Rischi” è rappresentato nell’Allegato 2 “GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI” sez. “Registro dei Rischi”.

Si precisa che il Registro dei Rischi include tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi all’interno dell’Agenzia.

Sulla base delle indicazioni sopra riportate, i Referenti del RPCT provvedono ad analizzare ogni singola fase di processo, individuando almeno un rischio (in caso di più rischi associati ad una fase di processo, andrà privilegiato il rischio più rilevante) che – anche solo ipoteticamente – la contraddistingue. Tale rischio sarà oggetto di analisi secondo la metodologia riportata al paragrafo successivo “Analisi del rischio”.

Analisi del rischio

L’analisi del rischio ha l’obiettivo di addivenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi attraverso l’identificazione dei cosiddetti “fattori abilitanti” ovvero quei fattori di contesto che favoriscono / possono favorire (in caso di rischio potenziale) il verificarsi di comportamenti o fonti di corruzione.

Si riporta a seguire l’elenco dei FATTORI ABILITANTI considerati (in fase di prima applicazione):

- Mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in questo caso, l’analisi dovrà dare conto se vi sia totale mancanza di misure e/o se quelle in atto siano efficaci;
- Mancanza di trasparenza;
- Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- Scarsa responsabilizzazione interna (intesa come scarso senso di responsabilità degli operatori);

- Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- Inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- Mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

L'elenco sopra riportato potrà essere oggetto di revisione nelle future edizioni del Piano.

Stima del livello di esposizione del rischio

La definizione del livello di esposizione del rischio, necessaria per individuare le attività su cui concentrare l'attenzione per progettare / rafforzare le misure di trattamento, ed il monitoraggio del RPCT, avviene secondo un approccio cosiddetto "misto" ossia che combina:

- una valutazione di tipo quantitativo, riferita al "rischio inerente" (al "lordo" delle misure di prevenzione/controlli in essere) in cui l'indice di rischio (IR) è la risultante del prodotto dei punteggi attribuiti (scoring) alle dimensioni della probabilità (P) e dell'impatto (I)

$$IR = P \times I$$

La valutazione del rischio viene effettuata considerando due fattori: la probabilità che il rischio si realizzi e la gravità (impatto) delle conseguenze che il verificarsi del rischio produce; per ogni fattore è stata definita una graduazione di valori, di seguito indicati:

PROBABILITÀ	VALORE	GRAVITÀ	VALORE	RILEVABILITÀ	VALORE
Remota	1	Nessun danno	1	Remota	5
Occasionale	2	Danno lieve	2	Bassa	4
Probabile	3	Danno medio	3	Moderata	3
Frequente	4	Danno grave	4	Alta	2
Altissima	5	Danno gravissimo	5	Molto elevata	1

In particolare, ai fini dell'espressione di un valore per ogni fattore, i Referenti hanno tenuto conto di alcuni criteri relativi ad ogni dimensione: per la "probabilità" il riferimento è ad elementi quali la discrezionalità, la rilevanza all'esterno, la complessità e la frazionabilità del processo, il valore economico, i controlli; per la "gravità", il riferimento è all'entità del danno generato sul piano organizzativo, economico, reputazione e di immagine. Il rischio inerente esprime una valutazione che non tiene conto delle misure / controlli in atto per la sua mitigazione. La stima "al netto" dell'applicazione di misure e controlli viene effettuata in esito alla valutazione qualitativa di cui al punto successivo.

- una valutazione di tipo qualitativo, in cui il livello di esposizione al rischio è classificata applicando una scala di misurazione ordinale in Alto – Medio – Basso, in base a motivate valutazioni sulla base di:
 - Specifici criteri, tradotti nei seguenti indicatori (Key Risk Indicators):
 - Livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
 - Grado di discrezionalità del decisore intorno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
 - Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
 - Opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
 - Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
 - Grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.
 - Dati oggettivi, a supporto della valutazione. Nello specifico, si fa riferimento ai seguenti dati:

- Dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione. Le fattispecie che possono essere considerate sono le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti:
 - I reati contro la PA;
 - Il falso in truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate dall'amministrazione (artt. 640 e 640-bis c.p.);
 - I procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);
 - I ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.
- Le segnalazioni pervenute, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di *whistleblowing*, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità. Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami e alle risultanze di indagini di *customer satisfaction* che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi.
- Ulteriori dati in possesso dell'amministrazione (es. dati disponibili in base agli esiti dei controlli interni delle singole amministrazioni, rassegne stampa, ecc.)

La valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, riferita alla singola fase, è supportata ad un'adeguata motivazione che tiene in debita considerazione l'efficacia delle misure generali e specifiche già in atto presso l'Agenzia (con particolare riferimento alla loro idoneità e al loro grado di applicazione) e ai dati riportati a supporto dell'analisi.

RISULTATI DEL MONITORAGGIO E DEI CONTROLLI EFFETTUATI NEL 2023 SULLE MISURE DI PREVENZIONE

Nel PIAO 2023-2025 erano state pianificate sia azioni di monitoraggio periodico sia controlli specifici a seguito di flussi informativi destinati al RPCT. In merito al rispetto degli obiettivi pianificati ed ai monitoraggi effettuati nell'anno 2023, il RPCT ha richiesto ai Referenti una relazione semestrale ed una relazione a fine anno, nella quale ciascun Referente ha segnalato le principali azioni intraprese nella propria struttura dipartimentale o di Servizio/funzione, per prevenire, affrontare e gestire i rischi di corruzione, con particolare dettaglio rispetto agli obiettivi assegnati, alla gestione del conflitto di interessi potenziale e agli obblighi di rotazione del personale nelle aree a maggior rischio. Controlli frequenti sono stati effettuati dal RPCT, con la collaborazione della struttura di supporto, in area "Amministrazione Trasparente", per verificare la completezza e l'aggiornamento dei dati pubblicati; a tali controlli sono sempre seguiti interventi migliorativi, tenendo conto anche degli aggiornamenti introdotti dal D.Lgs. 97/2016 e dalla delibera ANAC 1310 del 28/12/2016, oltre che di ulteriori indicazioni emanate nel tempo da parte di vari organismi nazionali e/o regionali (es. ORAC Lombardia).

I risultati dei monitoraggi e dei controlli effettuati nel corso del 2023, per verificare l'attuazione delle azioni previste nel PIAO da parte dei Direttori/Referenti, sono stati riportati dal RPCT:

- sinteticamente nella [Scheda in excel](#) predisposta dall'ANAC, pubblicata in data 30/01/2024 sul sito aziendale Amministrazione Trasparente, sezione Prevenzione Corruzione, Relazione annuale RPCT, cui si rimanda;
- in una Relazione analitica descrittiva di tutte le misure applicate, dei controlli effettuati e delle risultanze emerse nell'anno 2023, inviata al Direttore Generale ed al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

ELENCO PROCESSI

AREA di Rischio		Dipartimento	Struttura	TITOLO	id
AR.01	GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	SC Igiene Alimenti e Nutrizione	Rilascio certificazioni ufficiali per esportazione alimenti	P01
AR.01	GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	SC Igiene Alimenti e Nutrizione	Rilascio riconoscimenti ai sensi art. 6 Regolamento CE 852/2004	P02
AR.01	GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	SC Igiene e Sanità Pubblica – Salute Ambiente	Inizio attività e vigilanza strutture sanitarie	P03
AR.01	GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale	SC Distretto Veterinario	Riconoscimenti, autorizzazioni, rilascio certificazioni, pareri, nulla-osta	P04
AR.01	GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Direzione Sanitaria	SC Servizio Farmaceutico	Rilascio autorizzazione (per l'esercizio delle attività relative al farmaco / prodotti farmaceutici)	P05
AR.02	GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Dipartimento per la Programmazione ed Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali	SC Percorsi per la persona, la famiglia e la genitorialità / SC Fragilità e Non Autosufficienza	Erogazione di contributi economici a singoli cittadini	P06
AR.02	GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Dipartimento per la Programmazione ed Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali	SC Percorsi per la persona, la famiglia e la genitorialità / SC Fragilità e Non Autosufficienza	Erogazione di contributi economici / finanziamenti a Enti Territoriali Pubblici e Privati attraverso bandi, piani e sperimentazioni	P07
AR.03	GENERALE: Contratti Pubblici	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato-Patrimoniale)	Programmazione Acquisti di beni, servizi e lavori	P08
AR.03	GENERALE: Contratti Pubblici	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato-Patrimoniale)	Progettazione della gara e Selezione del Contraente	P09
AR.03	GENERALE: Contratti Pubblici	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato-Patrimoniale)	Verifica aggiudicazione e stipula contratto	P10
AR.03	GENERALE: Contratti Pubblici	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato-Patrimoniale)	Esecuzione del contratto e rendicontazione	P11
AR.03	GENERALE: Contratti Pubblici	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato-Patrimoniale)	Proroga del contratto	P12
AR.03	GENERALE: Contratti Pubblici	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato-Patrimoniale)	Affidamenti diretti	P13
AR.04	GENERALE: Acquisizione e gestione del personale	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Assunzione di personale a tempo indeterminato tramite concorso	P14
AR.04	GENERALE: Acquisizione e gestione del personale	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Assunzione di personale a tempo determinato	P15
AR.04	GENERALE: Acquisizione e gestione del personale	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali	P16

AREA di Rischio		Dipartimento	Struttura	TITOLO	id
AR.04	GENERALE: Acquisizione e gestione del personale	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Reclutamento tramite mobilità esterna compartimentale	P17
AR.04	GENERALE: Acquisizione e gestione del personale	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Procedimento Disciplinare	P18
AR.05	GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Gestione delle entrate	P19
AR.05	GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Gestione delle spese e del patrimonio	P20
AR.05	GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Gestione dei pagamenti	P21
AR.05	GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Recupero Crediti	P22
AR.05	GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	Lasciti e donazioni (somme in denaro)	P23
AR.05	GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato-Patrimoniale)	Lasciti e donazioni (beni)	P24
AR.05	GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato-Patrimoniale)	Gestione e conservazione del patrimonio immobiliare	P25
AR.05	GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato-Patrimoniale)	Gestione dei contratti di locazione (passiva) e comodato	P26
AR.05	GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato-Patrimoniale)	Gestione della cassa economale	P27
AR.05	GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Direzione Sanitaria	SC Servizio Farmaceutico	Pagamenti Farmacie	P28
AR.06	GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	SC Igiene e Sanità Pubblica Salute-Ambiente, SC Igiene Alimenti e Nutrizione	Vigilanza (ISP e IAN)	P29
AR.06	GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	SC Igiene e Sanità Pubblica Salute-Ambiente, SC Igiene Alimenti e Nutrizione	Vigilanza non programmata (ISP e IAN)	P30
AR.06	GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	Vigilanza PSAL e applicazione sanzioni pecuniarie (D.Lgs. 758/1994 e art. 301 bis D.Lgs. 81/2008)	P31
AR.06	GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	SC Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	Esame ricorsi ai sensi art. 41, comma 9 D.Lgs. 81/2008	P32
AR.06	GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	Laboratorio di Prevenzione	Attività analitica	P33
AR.06	GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale	SC Distretto Veterinario	Gestione emergenze epidemiche (ed eventuale erogazione indennità di abbattimento)	P34
AR.06	GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale	Controllo ufficiale	P35
AR.06	GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale	Gestione del sistema di allerta per alimenti di origine animale e mangimi	P36
AR.06	GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Direzione Sanitaria	SC Servizio Farmaceutico	Vigilanza strutture farmaceutiche (programmata)	P37
AR.07	GENERALE: Incarichi e Nomine	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Conferimento incarichi di direzione di struttura complessa - ruolo sanitario	P38
AR.07	GENERALE: Incarichi e Nomine	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Affidamento incarichi interni	P39
AR.07	GENERALE: Incarichi e Nomine	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Conferimento di incarichi libero-professionali	P40

AREA di Rischio		Dipartimento	Struttura	TITOLO	id
AR.08	GENERALE: Affari legali e contenzioso	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali	Sanzioni amministrative pecuniarie ex L. 689/1981 - Ordinanze di ingiunzione o di archiviazione	P41
AR.08	GENERALE: Affari legali e contenzioso	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali	Recupero Ticket	P42
AR.08	GENERALE: Affari legali e contenzioso	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali	Gestione Sinistri	P43
AR.08	GENERALE: Affari legali e contenzioso	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali	Adozione dei decreti e delle determinate dirigenziali	P44
AR.08	GENERALE: Affari legali e contenzioso	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali	Gestione documentale / protocollazione	P45
AR.09	SANITA': Attività libero professionali	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	SC Affari Generali e Legali	Libera professione intramoenia	P46
AR.10	SANITA': Rapporti contrattuali con erogatori pubblici e privati accreditati	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie	SC Programmazione e Governo delle risorse Area Sanitaria e Rete Territoriale	Gestione Contratti Sanitari e Sociosanitari	P47
AR.10	SANITA': Rapporti contrattuali con erogatori pubblici e privati accreditati	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie	SC Autorizzazioni, Accreditamento e Controllo Area Sanitaria	Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie	P48
AR.10	SANITA': Rapporti contrattuali con erogatori pubblici e privati accreditati	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie	SC Autorizzazioni, Accreditamento e Controllo Area Sanitaria	Vigilanza per mantenimento requisiti strutture sanitarie	P49
AR.10	SANITA': Rapporti contrattuali con erogatori pubblici e privati accreditati	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie	SC Autorizzazioni, Accreditamento e Controllo Rete Territoriale	Autorizzazione, accreditamento strutture sociosanitarie	P50
AR.10	55SANITA': Rapporti contrattuali con erogatori pubblici e privati accreditati	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie	SC Autorizzazioni, Accreditamento e Controllo Rete Territoriale	Vigilanza per mantenimento requisiti strutture sociosanitarie	P51
AR.10	SANITA': Rapporti contrattuali con erogatori pubblici e privati accreditati	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie	SC Autorizzazioni, Accreditamento e Controllo Area Sanitaria	Controllo prestazioni sanitarie	P52
AR.10	SANITA': Rapporti contrattuali con erogatori pubblici e privati accreditati	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie	SC Autorizzazioni, Accreditamento e Controllo Rete Territoriale	Controlli di appropriatezza sociosanitaria	P53

REGISTRO DEI RISCHI

Categoria		id	sottocategoria	descrizione
RISCHI STRATEGICI: Rischi derivanti dal manifestarsi di eventi che possono condizionare e/o modificare in modo rilevante le strategie e il raggiungimento degli obiettivi della Regione. Possono avere origine esterna ma anche interna.				
1	RISCHI STRATEGICI	Fonte esterna		
		1.1	Rischio politico	Rischio legato alla manifestazione di situazioni o eventi di natura politica (internazionale, nazionale e regionale) che potrebbero comportare conseguenze negative sull'operatività dell'Agenzia; include iniziative ed avvenimenti che potrebbero compromettere la gestione delle attività e l'erogazione dei servizi (e.g. cambiamenti politici, riorganizzazioni politiche, tagli a risorse, dimissioni di figure istituzionali).
		1.2	Rischio economico-finanziario	Rischio legato ad avvenimenti nel contesto economico esterno (es. cambiamenti macro-economici, crisi economica-finanziaria, andamento dello spread legato ai titoli del debito italiano) e all'andamento delle variabili di mercato (es. tassi d'interesse, valute), che possono incrementare i costi dell'indebitamento della Regione; essa potrebbe non disporre di adeguati strumenti per monitorare l'andamento del mercato finanziario e delle altre variabili economiche con possibili ripercussioni in termini di errate decisioni strategiche.
		1.3	Rischio socio-culturale	Rischio legato all'eventualità che evoluzioni sociali (e.g. cambiamenti demografici, variazioni del tasso di natalità) e/o culturali (e.g. orientamenti educativi, parità di genere, cittadinanza) abbiano un impatto diretto o indiretto alla realizzazione degli obiettivi e strategie del sistema regionale.
		1.4	Rischio tecnologico	Rischio connesso alla possibilità che l'Agenzia non colga le opportunità di implementazione delle innovazioni derivanti dall'applicazione di nuove tecnologie disponibili o scelta di utilizzare una tecnologia innovativa che potrebbe non rivelarsi quella più premiante.
		1.5	Rischio legislativo	Rischio legato alla necessità di monitorare l'evoluzione normativa, primaria e secondaria (comunitaria e nazionale) che incide per numerosi aspetti sulle regole di esecuzione delle attività e può richiedere significativi aggiornamenti o adeguamenti di carattere operativo.
		1.6	Rischio ambientale	Rischio connesso al manifestarsi di eventi incontrollabili (rischio idrogeologico, sismico) oppure al deteriorarsi del contesto ambientale causato dalle attività umane che possano comportare conseguenze rilevanti, danni temporanei e/o permanenti alle strutture ed ai territori con pericolo per la collettività.
		1.7	Rischio competitività	Rischio connesso al posizionamento dell'Agenzia rispetto agli altri soggetti istituzionali (regioni, amministrazioni dello Stato, enti locali etc.) con riferimento alla competitività del servizio pubblico / servizio alla collettività erogato dalla Regione inteso in termini di costi, qualità e tempistiche di erogazione rispetto a quello erogato da altre Regioni o Enti privati.
		1.8	Rischio reputazionale	Rischio legato al deterioramento della reputazione propria dell'Agenzia intesa come l'insieme di tutte le aspettative, percezioni ed opinioni sviluppate nel tempo nella collettività dove l'Agenzia opera, in relazione alla qualità dell'organizzazione e dei servizi erogati, alle caratteristiche e ai comportamenti dei suoi dipendenti e alle osservazioni delle passate azioni dell'organizzazione, ecc.
		1.9	Rischio Stakeholder	Rischio legato alla possibilità che le azioni, anche solo di indirizzo, esercitate dai "portatori di interessi" (collettività, istituzioni, associazioni, categorie produttive, ecc.) che gravitano attorno all'Agenzia possano produrre effetti negativi sulle strategie o sulle strutture organizzative, compromettendo il raggiungimento dei suoi obiettivi oppure che le azioni della Regione possano compromettere il suo rapporto con stakeholders significativi ai fini del perseguimento degli obiettivi regionali .
		1.10	Rischio pandemico	Rischio connesso al manifestarsi di eventi epidemici / pandemici incontrollabili che possano comportare conseguenze rilevanti, danni temporanei e/o permanenti alla collettività.
		Fonte interna		
		1.11	Errata programmazione / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Rischio connesso alla definizione di obiettivi che si rivelino inadeguati, non realizzabili, incoerenti con l'interesse pubblico o non raggiungibili anche a causa di errori o carenze alla base dei processi decisionali alla base di scelte rilevanti e che potrebbe esporre l'Agenzia a non cogliere opportunità di tipo strategico
		1.12	Flessibilità strutturale nella gestione dei cambiamenti	Rischio legato all'incapacità da parte della struttura dell'Agenzia di reagire con dovuta tempestività ad un eventuale evoluzione del sistema in termini economici, politici, normativi, ecc.
		1.13	Errori negli accordi di Partnership	Rischio connesso alla definizione di accordi / partenariati di tipo strategico non efficaci (o con soggetti non idonei) per la realizzazione degli obiettivi regionali. In particolare, tale rischio potrebbe configurarsi con l'instabilità finanziaria (anche eventuale fallimento) dei Partner selezionati, oppure attraverso l'errata valutazione delle loro capacità organizzative con conseguenti maggiori oneri in termini di tempi e costi per l'Agenzia.
		1.14	Disallineamento tra strategie e modello organizzativo	Rischio legato a possibili scelte di tipo organizzativo che potrebbero non consentire la realizzazione di precise strategie o ridurre l'efficacia delle azioni intraprese per mancanza o inadeguatezza delle risorse necessarie (es. la carenza di uno strutturato processo di gestione e controllo potrebbe compromettere l'attività di monitoraggio della programmazione, sia da un punto di vista operativo che finanziario).
		1.15	Errata gestione degli investimenti e del patrimonio	Rischio connesso ad una gestione inefficiente / inefficace del patrimonio e degli investimenti, da parte dell'Agenzia. Il rischio rileva anche in caso di errate decisioni in merito alle iniziative di investimento da intraprendere (es. opere di ristrutturazione/rifacimento di strutture dedicate, fondi ad istituti sanitari) con conseguenze di tipo economico per l'Agenzia.
		1.16	Errata definizione del sistema di deleghe e poteri	Rischio connesso a un non adeguato sistema di deleghe e poteri che potrebbe produrre annullamento di provvedimenti sottoscritti da soggetti che non erano "titolati" alla sottoscrizione degli atti o comunque implicare profili di responsabilità per l'ATS.
		1.17	Comunicazione non efficace / non tempestiva verso l'esterno	Rischio connesso alla possibilità che errori o carenze alla base dei processi decisionali o delle scelte strategiche, non consentano all'ATS di cogliere opportunità di tipo strategico.

Categoria		id	sottocategoria	descrizione	
RISCHI DI PROCESSO: Rischi connessi alla normale operatività dei processi dell’Agenzia, che possono pregiudicare il raggiungimento di obiettivi di efficienza / efficacia, di qualità dei servizi erogati, di salvaguardia del patrimonio pubblico e di conformità normativa.					
2	RISCHI DI COMPLIANCE	Rischi di mancata conformità a norme, regole o standard impartiti dal legislatore (comunitario, nazionale e locale), nonché a disposizioni e regolamenti interni alla Regione stessa (istruzioni, procedure etc.).	2.1	Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Il rischio si configura nella possibilità che vengano compiuti atti contrari alle normative in vigore (comunitarie, nazionali, locali o disposizioni interne) con conseguente esposizione a contenziosi, sanzioni e danni reputazionali.
			2.2	Disposizioni interne	Il rischio si configura nella possibilità di prendere decisioni o nel porre in essere azioni contrarie a quanto previsto alle disposizioni interne dell'Agenzia (istruzioni, procedure operative, politiche, indirizzi e linee guida, comunicazioni organizzative ecc.).
			2.3	Adeguatezza documentale	Il rischio si riferisce alla possibilità che i documenti e gli atti aziendali non siano non siano conformi alle disposizioni interne / alla normativa di riferimento, non siano adeguatamente aggiornati / completi, con impatto sulla loro validità e sulla legittimità / conformità dei processi
			2.4	Contrattualistica (inclusi appalti pubblici)	Il rischio si riferisce alla possibilità che vengano commesse irregolarità nell'ambito della gestione degli appalti pubblici (di fornitura, lavori pubblici, servizi, ecc), oppure al mancato rispetto, totale o parziale, di contratti, convenzioni oppure incarichi che regolano i rapporti con soggetti esterni all’Agenzia (non rientranti nelle fattispecie normate dal D.Lgs 163/2006), incluse società in-house, (ad es. non ottemperanza degli impegni relativi alle modalità e tempistiche di erogazione dei servizi / fornitura di beni, dei pagamenti, omissione di adempimenti contrattuali, ecc).
			2.5	Frodi e corruzione	Il rischio è connesso alla possibilità che soggetti esterni o soggetti operanti all'interno della struttura regionale, agiscano attraverso comportamenti fraudolenti pregiudicando l'attività o i risultati della Regione (il rischio comprende tutte le fattispecie di illecito, inclusa la corruzione soggetta alle specifiche prescrizioni derivanti dal DDL Anticorruzione).
			2.6	Trasparenza	Il rischio è connesso alla possibilità che l'Agenzia operi non in ottemperanza al principio di trasparenza come metodo della propria azione legislativa e amministrativa e come strumento per consentire l'effettiva partecipazione dei cittadini alle attività della Regione e alla realizzazione delle politiche regionali.
			2.7	Antiriciclaggio	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni non presidino adeguatamente i dati e le informazioni concernenti le operazioni sospette di cui i dipendenti vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale, al fine di consentire la comunicazione alle autorità competenti in materia di riciclaggio e finanziamento del terrorismo
			2.8	Ambiente, salute e sicurezza	Il rischio è connesso alla possibilità che si agisca nel mancato rispetto della normativa da applicarsi sul luogo di lavoro in tema di ambiente, salute e sicurezza.
			2.9	Privacy	Il rischio è connesso alla possibilità che si agisca nel mancato rispetto della normativa sulla Privacy.
3	RISCHI IT	Rischi correlati al verificarsi di un insieme di situazioni, interne o esterne, che metterebbero a repentaglio la protezione dell'integrità, della disponibilità, della confidenzialità dell'informazione automatizzata e delle risorse usate per acquisire, memorizzare, elaborare e comunicare tale informazione. Suddette situazioni possono essere causate anche dall’inadeguatezza e dall’obsolescenza degli strumenti informatici impiegati (hardware) e/o alla scarsa funzionalità dei software, in termini di architettura del sistema, rapidità nei tempi di elaborazione dei dati, facilità di utilizzo, ecc.	3.1	Integrità e sicurezza dei dati	I rischio si riferisce all’alterazione, manipolazione e/o perdita dei dati a fronte di elaborazioni errate o non accurate e accessi non autorizzati tali da inficiare la completezza, l’affidabilità, la riservatezza delle informazioni e conseguentemente l’operatività ed i processi decisionali.
			3.2	Disponibilità dei sistemi informativi	Il rischio si riferisce all’indisponibilità o inaccessibilità dei dati o dei sistemi informativi con conseguente interruzione dei processi interessati; l’interruzione dei processi critici può comportare significative perdite economiche oppure interruzioni dell’attività e danni di immagine di entità strettamente dipendente dal periodo di indisponibilità dei sistemi informativi a supporto di tali processi.
			3.3	Governo, infrastruttura e progetti IT	Il rischio è connesso alla possibilità che: • l’infrastruttura IT (Organizzazione, processi e sistemi) non sia adeguata a supportare le esigenze attuali e future in modo efficiente, economico e ben controllato; • la struttura organizzativa dell'IT (funzionale e dimensionale) non sia adeguata a rispondere alle esigenze operative per l’attuazione di tutte le iniziative IT; • il Piano delle iniziative IT non sia adeguatamente aggiornato ed allineato con i programmi e le strategie regionali o che i servizi gestiti non siano rispondenti alle esigenze intermini di livelli di servizio e competenze richieste; • le attività di manutenzione ordinaria e di modifiche non siano adeguatamente pianificate e/o strutturate. Il rischio è inoltre associato alla possibilità che la gestione dei progetti e iniziative IT (in termini di coordinamento, responsabilità, priorità assegnata, risorse etc.) non sia adeguata, producendo soluzioni non in linea con i tempi, il budget, la qualità e le esigenze del sistema regionale.
4	RISCHI RISORSE UMANE	Rischi che attengono alla gestione delle risorse umane all’interno del sistema regionale nell’ottica di raggiungimento degli obiettivi e riguardano la capacità dell’Ente di disporre di personale adeguato e di processi interni idonei a garantire una corretta gestione e valorizzazione del capitale umano.	4.1	Competenze	Il rischio è legato alla mancata disponibilità, valorizzazione e/o sviluppo delle necessarie competenze/risorse per lo svolgimento delle attività e la realizzazione degli obiettivi regionali (ivi inclusa la flessibilità e la propensione al cambiamento in caso di processi di radicale trasformazione interna). Tale rischio potrebbe derivare dall’inefficacia dei processi attraverso cui il Gruppo gestisce la selezione, la formazione e la valorizzazione/retention delle risorse/competenze.
			4.2	Capitalizzazione delle conoscenze	Il rischio si riferisce ad una possibile situazione di assenza o inadeguata “condivisione” ed “accessibilità” delle informazioni e della conoscenza, con conseguenti problematiche in termini di preparazione del personale e progressivo “depauperamento” del capitale intellettuale. Tale rischio si rileva anche in situazioni dove non è assicurato un adeguato grado di sostituibilità delle risorse chiave, che in caso di fuoruscita non consentono di trasferire il know-how all’interno del sistema.
			4.3	Leadership	Il rischio è legato alla possibilità che gli organi direzionali e i vertici non riescano a trasmettere all’interno dell’organizzazione la propria autorevolezza per poter condurre la struttura regionale al raggiungimento di obiettivi comuni e condivisi.
			4.4	Deleghe e procure	Il rischio è attinente alla possibile mancanza di un sistema chiaro e strutturato di deleghe e procure che potrebbe indurre i dipendenti a compiere atti non autorizzati e ad assumere responsabilità inadeguate rispetto al ruolo ricoperto.
			4.5	Performance e sistemi premianti	Il rischio deriva dalla possibile presenza di sistemi di misurazione e valutazione delle performance non oggettive (eg. obiettivi qualitativi non misurabili), non coerenti con gli obiettivi perseguiti oppure inadeguate e non allineate e ai requisiti normativi (i.e.D.Lgs.150/09), con conseguenze che possono impattare anche su una non adeguata pianificazione delle carriere e influire sulla motivazione del personale.
			4.6	Comportamenti etici	Il rischio deriva da una mancanza o scarsa sensibilità dell’organizzazione nello stimolare e valorizzare comportamenti etici e responsabili.
			4.7	Abuso di potere/confitto d'interesse	Il rischio deriva dalla possibilità che venga fatto utilizzo del potere in modo eccessivo, ingiusto (o in estrema ratio, illegale), al di fuori dei limiti circoscritti e conferiti per lo svolgimento di una mansione, al fine di trarne dei vantaggi propri o per conto di terzi.
4.8	Organizzazione e adeguata ripartizione dei compiti	Il rischio è connesso alla possibilità che l’organizzazione preveda una sproporzionata distribuzione dei carichi di lavoro nonché una ripartizione dei compiti non coerente con le competenze, il background e le aspettative professionali dei dipendenti.			
4.9	Comunicazione	Il rischio è connesso al possibile utilizzo di mezzi e modalità di comunicazione inefficaci, sia interna che esterna (es. mancanza definizione di regole e ambiti dei flussi informativi, comunicazione interna orizzontale e verticale inadeguata, disallineamento tra comunicazione interna e le strategie aziendali)			

Categoria		id	sottocategoria	descrizione	
5	ALTRI RISCHI OPERATIVI	Rischi connessi allo svolgimento delle attività e dei processi "tipici" di ATS, non già ricomprese nelle precedenti categorie	5.1	Qualità del servizio	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni non presidino adeguatamente la qualità delle attività svolte e dei servizi erogati, con conseguenti ripercussioni in termini di servizi non in linea con gli standard necessari e conseguenti danni alla reputazione e all'immagine del sistema regionale.
			5.2	Misurazione della soddisfazione	Il rischio si riferisce alla possibilità che l'Agenzia non sia in grado di misurare adeguatamente i bisogni e le aspettative dei cittadini e dei diversi stakeholder, in termini di soddisfazione per i servizi erogati, e conseguentemente di rispondere tempestivamente e in modo adeguato alle esigenze della collettività.
			5.3	Gestione provider esterni, incarichi, acquisti, contratti di servizio	Il rischio si riferisce alla possibilità che i servizi resi dagli outsourcer / fornitori di servizi / società e enti che operano internamente o esternamente al sistema regionale, non siano in linea con le aspettative, le esigenze, gli standard degli obblighi definiti contrattualmente, e/o il controllo e monitoraggio dell'Agenzia sulle attività affidate a terzi risulti inefficace/inefficiente. Il rischio rileva anche in caso di errate decisioni in merito alle valutazioni di economicità delle scelte operate.
			5.4	Gestione delle vertenze legali	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni di gestione delle vertenze e controversie legali non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con conseguenti ripercussioni in termini di possibili maggiori costi sostenuti, situazioni di possibile soccombenza con ricadute di natura reputazionale.
			5.5	Gestione delle autorizzazioni e accreditamenti	Il rischio si riferisce alla possibilità che i soggetti accreditati/autorizzati non rispondano ai requisiti previsti oppure non risultino performanti nella gestione delle risorse attribuite, con conseguenze in termini di mancato raggiungimento degli obiettivi, gestione e/o attribuzione non ottimale delle risorse.
			5.6	Gestione ed erogazione contributi	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni di gestione, erogazione e rendicontazione dei contributi (bandi, convenzioni, sponsorizzazioni, patrocini, doti, voucher, erogazioni liberali ecc) non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con conseguenze in termini di mancato raggiungimento degli obiettivi della programmazione, gestione e attribuzione non ottimale delle risorse disponibili.
			5.7	Gestione contributi di funzionamento	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni di gestione ed erogazione dei contributi di funzionamento (intesi come contributi non determinati né da atti bilaterali, né da istanze di terzi) non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con conseguenze in termini di mancato raggiungimento degli obiettivi della programmazione, gestione e attribuzione non ottimale delle risorse disponibili.
			5.8	Gestione programmazione negoziata	Il rischio si riferisce alla possibilità che i programmi e gli accordi negoziati non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con conseguenze in termini di mancato raggiungimento degli obiettivi della programmazione, gestione e attribuzione non ottimale delle risorse disponibili
			5.9	Gestione riscossioni	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni e/o externalizzati di gestione delle riscossioni non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con possibili conseguenze in termini di perdita di risorse e/o maggiori oneri da sostenere per il sistema regionale.
			5.10	Gestione trasferimenti	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni di gestione e controllo dei trasferimenti delle risorse non siano adeguatamente presidiati, con possibili conseguenze in termini di mancato raggiungimento degli obiettivi e gestione non ottimizzata delle risorse (sfondo sanitario, fondo trasporti, fondo formazione disabili, ecc).
			5.11	Gestione fondi comunitari e Fas	Il rischio si riferisce alla possibilità che i processi interni di gestione dei fondi comunitari e Fas non siano adeguatamente presidiati e gestiti, con possibili conseguenze in termini di mancato raggiungimento degli obiettivi, sanzioni e/o disimpegni automatici di risorse.
RISCHI DI INFORMATIVA: Rischi connessi alla possibile inadeguatezza dei flussi informativi interni all’Agenzia, che possano impedire una adeguata analisi e valutazione delle diverse problematiche e pregiudicare la correttezza dell’informativa prodotta nonché l’efficacia delle decisioni strategiche e operative					
6	RISCHI DI REPORTING E COMUNICAZIONE	Rischi che impattano direttamente i contenuti dell'informativa interna, che in qualche modo si riveli non adeguata in termini di qualità, completezza, correttezza per la presa di decisioni consapevoli da parte del management, nonché per fornire idonea rendicontazione dell’attività svolta.	6.1	Informativa strategica / programmazione	Il rischio è connesso alla carenza o mancanza di informazioni del contesto interno e/o esterno di riferimento necessarie alla formulazione e al disegno della programmazione strategica ed in generale al corretto funzionamento dei processi direzionali. Il manifestarsi di questo rischio potrebbe privare i vertici del necessario quadro d’insieme per procedere a decisioni consapevoli nell’ambito della definizione degli obiettivi strategici o nell’ambito della pianificazione operativa.
			6.2	Informativa economico - finanziaria	Il rischio è correlato alla possibilità che l’informativa economico-finanziaria (e.g. bilancio di esercizio e relativi allegati, reporting, prospetti entrate e spese) non sia in linea con i principi contabili di riferimento, oppure includa errori e/o omissioni di fatti significativi e rilevanti.
			6.3	Informativa interna ed esterna	Il rischio è connesso alla possibilità che i flussi informativi intercorrenti sia internamente all'Agenzia, sia esternamente (es, con Regione Lombardia), non vengano correttamente gestiti in termini di modalità e contenuti, con possibili impatti sull’efficacia/efficienza dei processi interni e/o sulla conformità normativa.
			6.4	Misurazione delle performance	Il rischio si riferisce alla potenziale inadeguatezza e d’inaffidabilità delle informazioni per la misurazione delle performance dei servizi erogati. Tale carenza informativa può precludere al management la possibilità di effettuare le necessarie valutazioni per migliorare i servizi erogati dall’Agenzia, nonché di fornire un’adeguata informativa agli stakeholder.
			6.5	Valutazione del sistema di controllo interno	Il rischio si riferisce alla possibilità che la struttura regionale non abbia le informazioni necessarie, in termini di qualità e completezza, per consentire un’adeguata analisi e valutazione del proprio sistema di controllo interno. Tale rischio si traduce nella difficoltà (incapacità o impossibilità), del sistema regionale di accorgersi dei profili di criticità del sistema di controllo interno e di introdurre tempestive azioni correttive ove necessario.

SCHEDE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Area di Rischio

PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO

SCHEDA PROCESSO

Id)	01	TITOLO DEL PROCESSO	Rilascio certificazioni ufficiali per esportazione alimenti		
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria		
		Struttura	SC Igiene Alimenti e Nutrizione		
		Responsabile	Direttore SC		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Valutazione della conformità alla normativa vigente degli alimenti ai fini della certificazione ufficiale finalizzata all'esportazione		
		input	Istanza dell'OSA		
		output	Rilascio / diniego della certificazione		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE										
						RISCHIO INERENTE				KEY RISK INDICATORS												PRIORITY							
Fasi di processo / attività				soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO		Probabilità	Impatto	IR Totale	FATTORI ABILITANTI		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6	DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI		MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio		LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)		2025	2026	2027
Ricezione istanza e avvio istruttoria				Operatori incaricati	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività dell'istruttoria		1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;		A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.		Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e ministeriali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche di avvio istruttoria coerente con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)		Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie				
Analisi documentale				Direttore SC / operatore incaricato	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Valutazione non imparziale		1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;		A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.		Regolamentazione: presenza e osservanza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: supervisione documentale effettuata dal livello gerarchico sovraordinato nel rispetto delle modalità e percentuali definite dalle procedure aziendali.		Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie				
Accertamento avvenuto pagamento dei diritti sanitari				Operatore incaricato	5.1 - Qualità del servizio	Mancato accertamento		2	4	8	scarsa responsabilizzazione interna;		B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.		Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: dematerializzazione del processo di pagamento (PagoPA) per tutti i pagamenti; Controllo: presenza di pagamento per tutte le certificazioni emesse		Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie				
Effettuazione sopralluogo (se previsto)				équipe incaricata	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Valutazione non imparziale		1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;		A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.		Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Rotazione: équipe composta da più operatori, individuati nel rispetto dei criteri di rotazione; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile;		Basso	Pur trattandosi di una fase delicata del processo, anche in ragione del livello di interesse esterno elevato, la presenza di più soggetti (scelti nel rispetto dei criteri di rotazione ed assenza del conflitto di interessi) riduce in misura significativa l'arbitrarietà della valutazione. Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie				
Rilascio certificazione / diniego (predisposizione atto per firma da parte del Direttore SC)				Operatore incaricato	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività		1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;		A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.		Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: valutazione collegiale effettuata dai componenti dell'équipe (evidenza nel verbale); rispetto tempi procedurali; Formazione: partecipazione periodica del personale ad eventi formativi / incontri interni per garantire l'aggiornamento professionale degli operatori		Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie				

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)			IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Rendicontazione dell’attività	Direttore SC / operatori incaricati	6.3 - Informativa interna ed esterna	Rendicontazione parziale / errata / incompleta	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: attività svolta da più operatori con supervisione incrociata (registrazione del 100% dei certificati rilasciati); monitoraggio periodico – attraverso specifica reportistica - delle certificazioni ufficiali rilasciate.	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio. Si ritiene comunque di migliorare il monitoraggio dell’attività attraverso specifica reportistica.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	02	TITOLO DEL PROCESSO	Rilascio riconoscimenti ai sensi art. 6 Regolamento CE 852/2004
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria
		Struttura	SC Igiene Alimenti e Nutrizione
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Valutazione della conformità alla normativa vigente ai fini del rilascio del riconoscimento ai sensi art. 6 Regolamento CE 852/2004
		input	Istanza dell'OSA
		output	Rilascio / diniego della certificazione

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO				ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE																																	
Fasi di processo / attività				soggetti che svolgono le attività				CATEGORIA DI RISCHIO				DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO				RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI				KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI				MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio				LIVELLO DI RISCHIO				MOTIVAZIONE				MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)				PRIORITÀ		
																Probabilità	Impatto	IR Totale					Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6																					2025	2026	2027
Ricezione istanza e avvio istruttoria				Operatori incaricati				5.1 - Qualità del servizio				Intempestività avvio dell'istruttoria				1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;				A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.				Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e ministeriali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche di avvio istruttoria coerente con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento);				Basso				Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.				Non necessarie						
Analisi documentale				Direttore SC / operatore incaricato				4.7 - Abuso di potere/confli to d'interesse				Valutazione non imparziale				1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;				A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.				Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: supervisione documentale effettuata dal livello gerarchico sovraordinato, nel rispetto delle modalità e percentuali definite dalle procedure aziendali				Basso				Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.				Non necessarie						
Accertamento avvenuto pagamento dei diritti sanitari				Operatore incaricato				5.1 - Qualità del servizio				Mancato accertamento				2	4	8	scarsa responsabilizzazione interna;				B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.				Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Misure di Semplificazione: dematerializzazione del processo di pagamento (PagoPA) per tutti i pagamenti; Controllo: presenza di pagamento per tutte le certificazioni emesse;				Basso				Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.				Non necessarie						
Effettuazione primo sopralluogo				équipe incaricata				4.7 - Abuso di potere/confli to d'interesse				Valutazione non imparziale				1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;				A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.				Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Rotazione: équipe composta da più operatori, individuati nel rispetto dei principi di rotazione; Conflitto di interessi acquisizione dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti;				Medio				Pur trattandosi di una fase delicata del processo, anche in ragione del livello di interesse esterno elevato, la presenza di più soggetti (scelti nel rispetto dei criteri di rotazione ed assenza del conflitto di interessi) riduce in misura significativa l'arbitrarietà della valutazione.				Non necessarie						

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Rilascio / diniego riconoscimento condizionato (predisposizione atto per firma da parte del Direttore SC) e comunicazione a Regione Lombardia	Operatore incaricato / Direttore SC	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: valutazione collegiale effettuata dai componenti dell'équipe (evidenza nel verbale); rispetto tempik procedurali; Formazione: partecipazione periodica del personale ad eventi formativi / incontri interni per garantire l'aggiornamento professionale degli operatori.	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie			
Effettuazione secondo sopralluogo	équipe incaricata	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Rotazione: équipe composta da più operatori, individuati nel rispetto dei criteri di rotazione; Conflitto di interessi acquisizione dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti;	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata del processo, anche in ragione del livello di interesse esterno elevato, la presenza di più soggetti (scelti nel rispetto dei criteri di rotazione ed assenza del conflitto di interessi) riduce in misura significativa l'arbitrarietà della valutazione.	Non necessarie			
Richiesta a Regione Lombardia dell'approval number	Operatore incaricato	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: monitoraggio delle tempistiche ad opera del responsabile gerarchico sovraordinato; rispetto tempi procedurali	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie			
Rilascio riconoscimento definitivo (predisposizione atto per firma da parte del Direttore SC) e comunicazione a Regione Lombardia	Operatore incaricato / Direttore SC	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: valutazione collegiale effettuata dai componenti dell'équipe (evidenza nel verbale); completezza delle comunicazioni a Regione Lombardia; rispetto tempi procedurali; Formazione: partecipazione periodica del personale ad eventi formativi / incontri interni per garantire l'aggiornamento professionale degli operatori.	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie			
Rendicontazione	Direttore SC / operatori incaricati	6.3 - Informativa interna ed esterna	Rendicontazione parziale / errata / incompleta	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: attività svolta da più operatori con supervisione incrociata (registrazione del 100% dei certificati rilasciati); monitoraggio periodico – attraverso specifica reportistica - dei riconoscimenti rilasciati.	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio. Si ritiene comunque di migliorare il monitoraggio dell'attività attraverso specifica reportistica.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	03	TITOLO DEL PROCESSO	Inizio attività e vigilanza strutture sanitarie
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria
		Struttura	SC Igiene e Sanità Pubblica – Salute Ambiente
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività di vigilanza e controllo su studio del medico libero professionista, studio dell' esercente la professione sanitaria, attività odontoiatrica monospecialistica, ambulatori medici polispecialistici, studio del medico di famiglia ai fini dell'inizio attività
		input	Istanza dell’utente
		output	Rilascio della relazione di sopralluogo e giudizio di idoneità

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO												PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ			
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Ricezione SCIA / comunicazione di avvio attività e verifica della completezza della documentazione	Dirigente medico e TdP incaricato	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività nella presa in carico dell'istanza e avvio delle attività	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche di avvio istruttoria coerente con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento);	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie				
Effettuazione sopralluogo	TdP incaricato	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Valutazione non imparziale / non conforme alla normativa	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Misure di Rotazione: l'attività viene svolta in équipe composta da più operatori, individuati nel rispetto dei principi di rotazione; Conflitto di interessi: acquisizione dichiarazione operatori in situazione di conflitto e adozione di provvedimenti conseguenti; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato, nel rispetto delle modalità definite dalle procedure aziendali; verifica delle prescrizioni risolte in relazione alle prescrizioni rilasciate	Medio	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie				
Verifica dell'avvenuta ottemperanza delle eventuali prescrizioni	TdP incaricato	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Valutazione non imparziale / non conforme alla normativa	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Rotazione: l'attività viene svolta in équipe composta da più operatori, individuati nel rispetto dei criteri di rotazione; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato, nel rispetto delle modalità e percentuali definite dalle procedure aziendali.	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie				
Emissione relazione di sopralluogo / giudizio idoneità	Dirigente medico e TdP incaricato	2.3 - Adeguatezza documentale	Documentazione carente dei requisiti essenziali	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato.	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie				

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Registrazione dell'attività dell'applicativo Dossier	Operatore della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività / incongruità nella registrazione dell'attività svolta	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: rispetto tempi procedurali Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato; Trasparenza: completezza delle registrazioni nei db aziendali.	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie			
Inserimento delle nuove strutture nella programmazione dei sopralluoghi nel rispetto del Piano Controlli	Operatore della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Mancato recepimento nella programmazione	1	5	5	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato; Semplificazione: gestione informatizzata del processo, con produzione di reportistica a supporto dell'attività di programmazione.	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	04	TITOLO DEL PROCESSO	Riconoscimenti, autorizzazioni, rilascio certificazioni, pareri, nulla-osta
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale
		Struttura	SC Area A, B, C – Distretti Veterinari
		Responsabile	Direttore di Dipartimento / Distretto Veterinario
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività accertamento e verifica della sussistenza dei requisiti finalizzati al rilascio di riconoscimenti, certificazioni, autorizzazioni, pareri su istanza di parte
		input	Istanza
		output	Rilascio atto / diniego

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricezione istanza e avvio istruttoria	Direttore Dipartimento / Distretto, operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività avvio dell'istruttoria	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e ministeriali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche di avvio istruttoria coerente con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie			
Analisi documentale	Direttore Dipartimento / Distretto, operatori della struttura	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: supervisione documentale effettuata dal livello gerarchico sovraordinato, nel rispetto delle modalità e percentuali definite dalle procedure aziendali.	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie			
Effettuazione sopralluogo (se previsto)	équipe incaricata	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Rotazione: équipe composta da più operatori, individuati nel rispetto dei criteri di rotazione e assenza di conflitto di interessi; Controllo: valutazione collegiale effettuata dai componenti dell'équipe; Controllo: supervisione documentale effettuata dal livello gerarchico sovraordinato, nel rispetto delle modalità e percentuali definite dalle procedure aziendali; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile;	Medio	Pur prevedendo la presente fase un margine di discrezionalità medio e, contestualmente, un livello di interesse esterno elevato, la presenza di più soggetti (scelti nel rispetto dei criteri di rotazione ed assenza del conflitto di interessi) riduce in misura significativa l'arbitrarietà della valutazione.	Non necessarie			
Rilascio atto / diniego	Direttore Dipartimento / Distretto, operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: valutazione collegiale effettuata dai componenti dell'équipe; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Produzione al SEF dati per fatturazione attiva	Direttore Distretto Veterinario e operatori amministrativi della struttura	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Produzione parziale / errata di dati	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e ministeriali che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: informatizzazione del processo di produzione dati, con controllo incrociato dei dati da diversi db e generazione automatica di alert in caso di anomalie. Controllo: attività svolta da più operatori con supervisione incrociata; Trasparenza: completezza dei dati inseriti nei db aziendali.	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie			
Rendicontazione	Direttore Dipartimento Veterinario / Direttore Distretto Veterinario	6.3 - Informativa interna ed esterna	Rendicontazione parziale / errata / incompleta	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: attività svolta da più operatori con supervisione incrociata; Trasparenza: completezza dei dati inseriti nei db aziendali	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	05	TITOLO DEL PROCESSO	Rilascio autorizzazione (per l’esercizio delle attività relative al farmaco / prodotti farmaceutici)
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Direzione Sanitaria
		Struttura	SC Servizio Farmaceutico
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività finalizzate l'accertamento del possesso dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività relative al farmaco/prodotti farmaceutici
		input	Istanza dell'interessato
		output	Rilascio / diniego autorizzazione

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA’ IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricezione e valutazione dell'istanza e pianificazione sopralluogo	Operatori struttura e Responsabile SS di Attività di Vigilanza e Ispezione	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività nella presa in carico dell'istanza e avvio delle attività	2	4	8	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: coinvolgimento di altra struttura aziendale nell'attività valutativa; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche di avvio istruttoria coerente con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	Il rischio in questa fase è particolarmente contenuto, grazie alle misure in atto che prevedono il coinvolgimento di altre strutture aziendali, riducendo i margini di discrezionalità:	Non necessarie			
Effettuazione sopralluogo con controllo e verifica dei requisiti igienico sanitari (in loco)	Commissione di Vigilanza (con presenza operatori DIPS)	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale / non conforme alla normativa	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo e check list standardizzate; Semplificazione (digitalizzazione): dematerializzazione della check list; Controllo: coinvolgimento di altra struttura aziendale nell'attività valutativa; Rotazione: composizione della commissione nel rispetto dei criteri di rotazione; Conflitto di interessi: dichiarazione dell’operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Medio	Il rischio in questa fase è particolarmente contenuto, grazie alle misure in atto che prevedono il coinvolgimento di altre strutture aziendali, riducendo i margini di discrezionalità:	Non necessarie			
Redazione e consegna verbale di sopralluogo	Commissione di Vigilanza	2.3 - Adeguatezza documentale	Mancato recepimento del parere favorevole DIPS	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo e check list standardizzate; Semplificazione (digitalizzazione): dematerializzazione del verbale di sopralluogo; Controllo: coinvolgimento di altra struttura aziendale nell'attività valutativa;	Basso	Le misure di regolamentazione e di controllo in atto si rivelano efficaci ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie			
Rilascio / diniego autorizzazione	Responsabile SS e Direttore SC	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Autorizzazione coerente con gli esiti dell'istruttoria e/o non motivato	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: la determinazione viene assunta dal dirigente sovraordinato su proposta di altro dirigente, nel rispetto del principio di separazione delle funzioni;	Basso	Le misure di regolamentazione e di controllo in atto si rivelano efficaci ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie			

Area di Rischio

PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO

SCHEDA PROCESSO

Id)	06	TITOLO DEL PROCESSO		Erogazione di contributi economici a singoli cittadini
AREA DI RISCHIO				GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento per la Programmazione e l'Integrazione delle Prestazioni Sanitarie con quelle Sociali	
		Struttura	SC Percorsi per la persona, la famiglia e la genitorialità / SC Fragilità e non autosufficienza	
		Responsabile	Direttore SC	
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività di valutazione ed accertamento del possesso dei requisiti (previsti in specifici bandi, su indicazione regionale) dei candidati con conseguente erogazione di contributo economico a fronte di valutazione positiva	
		input	Istanza del cittadino	
		output	Erogazione contributo / diniego	

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)			IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE					
						RISCHIO INERENTE				KEY RISK INDICATORS												PRIORITY		
						Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6							2025	2026	2027
Fasi di processo / attività			soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO				FATTORI ABILITANTI							DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)				
Avvio misura attraverso pubblicazione bandi / programmi attuativi regionali / ministeriali e loro diffusione informativa			Direttore SC e operatori della struttura	6.3 Informativa interna ed esterna	- Disallineamento con l'ufficio addetto alla pubblicazione, con conseguente impatto sulla tempestività / completezza di pubblicazione delle informazioni	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né precedenti giudiziari. Non sono in corso né vi sono stati procedimenti disciplinari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit di II e III livello svolti internamente dalle funzioni preposte.	Misure di Regolamentazione: presenza di procedure aziendali e puntuale declinazione delle attività nella normativa specifica di riferimento; Misure di Controllo: attività svolta con il coinvolgimento di operatori appartenenti ad uffici differenti, con controllo incrociato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione delle misure attuate	Non necessarie				
Acquisizione domande e avvio istruttoria (valutazione istanza e possesso requisiti, con eventuale richiesta di integrazioni)			Operatori abilitati	4.7 - Abuso di potere/conflitt o d'interesse	Valutazione non imparziale ai fini di arrecare vantaggio indebito	1	5	5	scarsa responsabilizzazione interna;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né precedenti giudiziari. Non sono in corso né vi sono stati procedimenti disciplinari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit di II e III livello svolti internamente dalle funzioni preposte.	Misure di Regolamentazione: presenza di procedure aziendali e puntuale declinazione delle attività nella normativa specifica di riferimento; Misure di Semplificazione: l'informatizzazione del processo contribuisce ad aumentare la trasparenza e a ridurre i margini di discrezionalità; Misure di Controllo: attività svolta in forma collegiale (o comunque da almeno due), con controllo reciproco; presenza di controlli a campione sulle istruttorie; Conflitto di Interesse: formalizzazione sistematica di assenza di conflitto di interessi tra operatore valutatore e soggetti valutati	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata del processo, le misure in essere si dimostrano efficaci per la riduzione dei margini di discrezionalità e/o di errore. Tuttavia, per un miglior presidio del rischio, si ritiene di implementare un'ulteriore di misura di formazione, finalizzata ad aggiornare ed uniformare le competenze degli operatori rispetto al controllo delle autocertificazioni presentate dai cittadini	Formazione: condivisione con gli operatori del vademecum sul controllo delle autocertificazioni presentate dai cittadini	X A			
			Operatori abilitati	1.5 - Rischio legislativo	Continua produzione di normativa regionale ad integrazione e/o modifica dell'esistente	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	A	B	B	B	A	A	Puntuale e accurato recepimento delle disposizioni normative ad integrazione e modifica	Erogazione del contributo in esito ad équipe multidisciplinare di valutazione/controllo delle domande e/o istanze	Basso	Le misure in essere si dimostrano efficaci insieme alla strutturazione dei sistemi informatici in grado di supportare correttamente la gestione del processo.	Non necessarie				
Formulazione elenco degli idonei e trasmissione al SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità e liquidazione			Operatori incaricati	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività nella produzione elenchi e trasmissione alla SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità con conseguente ritardo nell'erogazione del contributo	2	3	6	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né precedenti giudiziari. Non sono in corso né vi sono stati procedimenti disciplinari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit di II e III livello svolti internamente dalle funzioni preposte;	Misure di Regolamentazione: presenza di procedure aziendali e puntuale declinazione delle attività nella normativa specifica di riferimento; Misure di Semplificazione: l'informatizzazione del processo contribuisce a ridurre i margini di inefficienza e/o intempestività; Misure di Controllo: supervisione da parte del Responsabile;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dell'efficacia dimostrata dalle misure attuate	Non necessarie				

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO													PONDERAZIONE			
				CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY				
						Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027		
Emissione ordinativo di pagamento				Operatori SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	5.1 - Qualità del servizio	Mancato rispetto dei tempi di pagamento	2	3	6	manca ­ za di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in fase di analisi andrà verificato se presso l'amministrazione siano già stati predisposti - ma soprattutto efficacemente attuati - strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; i controlli del Collegio Sindacale hanno evidenziato la regolarità della gestione. Inoltre, il rispetto dei tempi di pagamento viene verificato trimestralmente e pubblicato sul sito web aziendale (Amministrazione Trasparente)	Misure di controllo: verifiche a campione; verifiche da parte del Collegio Sindacale; Misure di Regolamentazione: presenza di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio; Misure di Trasparenza: pubblicazione trimestrale dell'indicatore di tempestività dei pagamenti.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				
Antiriciclaggio				Direttore SC e operatori	Valutazione Antiriciclaggio	Legalizzazione denaro proveniente da attività illecite	1	5	5	scar ­ sa responsabilizzazione interna;	A	B	B	B	B	M	Non sono state rilevate segnalazioni, né precedenti giudiziari. Non sono in corso né vi sono stati procedimenti disciplinari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit di II e III livello svolti internamente dalle funzioni preposte; i dati di autocontrollo evidenziano la sistematica regolarità dell'utilizzo delle risorse	Misure di Regolamentazione: presenza di procedure aziendali e puntuale declinazione delle attività nella normativa specifica di riferimento; Misure di Semplificazione: l'informatizzazione del processo contribuisce a ridurre i margini di inefficienza e/o intempestività; Misure di Controllo: controllo incrociato sul grado di utilizzo del budget da da parte del Servizio Economico Finanziario	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dell'efficacia dimostrata dalle misure attuate	Non necessarie				
Monitoraggi periodici e Rendicontazione finale				Direttore SC e operatori	5.6 - Gestione ed erogazione contributi	Inefficacia dei monitoraggi con conseguente utilizzo parziale / non ottimale del budget	2	4	8	scar ­ sa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né precedenti giudiziari. Non sono in corso né vi sono stati procedimenti disciplinari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit di II e III livello svolti internamente dalle funzioni preposte; i dati di autocontrollo evidenziano la sistematica regolarità dell'utilizzo delle risorse.	Misure di Regolamentazione: presenza di procedure aziendali e puntuale declinazione delle attività nella normativa specifica di riferimento; Misure di Semplificazione: l'informatizzazione del processo contribuisce a ridurre i margini di inefficienza e/o intempestività; Misure di Controllo: controllo incrociato sul grado di utilizzo del budget da da parte del Servizio Economico Finanziario	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dell'efficacia dimostrata dalle misure attuate	Non necessarie				

SCHEDA PROCESSO

Id)	07	TITOLO DEL PROCESSO	Erogazione di contributi economici / finanziamenti a Enti Territoriali Pubblici e Privati attraverso bandi, piani e sperimentazioni										
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario										
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento per la Programmazione e l'Integrazione delle Prestazioni Sanitarie con quelle Sociali										
		Struttura	SC Percorsi per la persona, la famiglia e la genitorialità / SC Fragilità e non autosufficienza / SC Integrazione delle reti a sostegno dei programmi nazionali										
		Responsabile	Direttore SC										
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività di accertamento del possesso dei requisiti (previsti in specifici bandi, su indicazione regionale) e valutazione delle proposte progettuali con conseguente quantificazione ed erogazione di contributo economico/finanziamento a fronte di valutazione positiva										
		input	Presentazione istanza da parte di soggetto pubblico/privato										
		output	Erogazione contributo o finanziamento / diniego										

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ			
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Pubblicazione bando/manifestazione di interesse per il riconoscimento di contributi e/o finanziamenti progettuali	Direttore SC e operatori della struttura	6.3 Informativa ed esterna	- Disallineamento con l'ufficio addetto alla pubblicazione, con conseguente impatto sulla tempestività / completezza di pubblicazione delle informazioni	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né precedenti giudiziari. Non sono in corso né vi sono stati procedimenti disciplinari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit di II e III livello svolti internamente dalle funzioni preposte.	Misure di Regolamentazione: presenza di procedure aziendali e puntuale declinazione delle attività nella normativa specifica di riferimento; Misure di Controllo: attività svolta con il coinvolgimento di operatori appartenenti ad uffici differenti, con controllo incrociato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione delle misure attuate	Non necessarie				
Definizione ed applicazione criteri di valutazione	Operatori abilitati	1.5 - Rischio legislativo	gestione di procedure valutative complesse senza una definizione ex lege degli elementi progettuali da valorizzare	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	A	B	B	B	A	A	Puntuale e accurato recepimento delle disposizioni normative ad integrazione e modifica	Erogazione del contributo in esito ad équipe multidisciplinare di valutazione/controllo delle domande e/o istanze	Basso	Le misure in essere si dimostrano efficaci. È stato inoltre attivato un costante rapporto e confronto con la SC Affari Generali e Legali e la SC Gestione Acquisti.	Non necessarie				
Formulazione graduatoria (laddove prevista) e sottoscrizione accordo / convenzione (se previsto)	Operatori incaricati	2.1 Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	- Margini di discrezionalità nell'applicazione dei criteri di valutazione con conseguenze sulla graduazione dei progetti	2	4	8	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né precedenti giudiziari. Non sono in corso né vi sono stati procedimenti disciplinari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit di II e III livello svolti internamente dalle funzioni preposte. Non vi sono ricorsi da parte dei soggetti esterni sulle graduatorie.	Misure di Regolamentazione: presenza di procedure aziendali e puntuale declinazione delle attività nella normativa specifica di riferimento; Misure di Controllo: l'attività di controllo viene svolta da una commissione di valutazione (o comunque da due o più operatori) multiprofessionale / interdipartimentale / interaziendale; Misure di Trasparenza: criteri definiti a monte e pubblicati nel bando Misura Conflitto di Interesse: formalizzazione sistematica di assenza di conflitto di interessi tra operatore valutatore e soggetti valutati	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata del processo, le misure in essere si dimostrano efficaci per la riduzione dei margini di discrezionalità e/o di errore.	Regolamentazione: predisposizione di un vademecum per la composizione delle commissioni di valutazione progetti	X A			
Monitoraggio/autorizzazione eventuali proroghe/varianti/integrazione di risorse e liquidazione conseguente	Direttore SC e operatori	5.6 - Gestione ed erogazione contributi	Inefficacia / intempestività dei monitoraggi con conseguenze sull'assegnazione / utilizzo delle risorse	1	4	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né precedenti giudiziari. Non sono in corso né vi sono stati procedimenti disciplinari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit di II e III livello svolti internamente dalle funzioni preposte; i dati di autocontrollo evidenziano la sistematica regolarità dell'utilizzo delle risorse.	Misure di Regolamentazione: presenza di procedure aziendali e puntuale declinazione nella normativa specifica di riferimento delle tempistiche, degli adempimenti e degli strumenti relativi ai monitoraggi; Misure di Semplificazione: l'informatizzazione del processo contribuisce a ridurre i margini di inefficienza e/o intempestività; Misure di Controllo: controllo incrociato sul grado di utilizzo del budget da da parte del Servizio Economico Finanziario	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dell'efficacia dimostrata dalle misure attuate	Non necessarie				
Emissione ordinativo di pagamento	Operatori SC Bilancio, Programmazione	5.1 - Qualità del servizio	Mancato rispetto dei tempi di pagamento	2	3	6	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in fase di analisi	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel	Misure di controllo: verifiche a campione; verifiche da parte del Collegio Sindacale; Misure di Regolamentazione: presenza di procedure operative a favore di tutto il	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli	Non necessarie				

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
	Finanziaria e Contabilità						andrà verificato se presso l'amministrazione siano già stati predisposti - ma soprattutto efficacemente attuati - strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;							corso di audit condotti internamente; i controlli del Collegio Sindacale hanno evidenziato la regolarità della gestione. Inoltre, il rispetto dei tempi di pagamento viene verificato trimestralmente e pubblicato sul sito web aziendale (Amministrazione Trasparente)	personale del servizio; Misure di Trasparenza: pubblicazione trimestrale dell'indicatore di tempestività dei pagamenti.		effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.				
Rendicontazione finale	Direttore SC operatori	5.6 - Gestione ed erogazione contributi	Inefficacia / intemperività dei monitoraggi con conseguenze sull'assegnazione / utilizzo delle risorse	1	4	4	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né precedenti giudiziari. Non sono in corso né vi sono stati procedimenti disciplinari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit di II e III livello svolti internamente dalle funzioni preposte; i dati di autocontrollo evidenziano la sistematica regolarità dell'utilizzo delle risorse.	Misure di Regolamentazione: presenza di procedure aziendali e puntuale declinazione nella normativa specifica di riferimento delle tempistiche, degli adempimenti e degli strumenti relativi ai monitoraggi; Misure di Semplificazione: l'informatizzazione del processo contribuisce a ridurre i margini di inefficienza e/o intemperività; Misure di Controllo: controllo incrociato sul grado di utilizzo del budget da da parte del Servizio Economico Finanziario	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dell'efficacia dimostrata dalle misure attuate	Non necessarie			

Area di Rischio
CONTRATTI PUBBLICI

SCHEDA PROCESSO

Id)	08	TITOLO DEL PROCESSO	Programmazione acquisti di beni, servizi e lavori	
AREA DI RISCHIO			CONTRATTI	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	
		Struttura	SC Gestione acquisti (Provveditorato – Economato)	
		Responsabile	Direttore SC	
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Definizione delle necessità di acquisti di beni, servizi e lavori necessari all'Agenzia nell'arco temporale del biennio/triennio	
		input	Fabbisogni aziendali	
		output	Programmazione del fabbisogno	

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricognizione delle esigenze di beni, servizi e lavori da acquisire nel corso del periodo di riferimento, tramite il coinvolgimento delle strutture aziendali	Operatori della SC e delle strutture aziendali coinvolte	1.11 - Errata programmazione / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Ricognizione errata / parziale	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: verifica risposta da parte di tutti i servizi; Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Formazione: gli operatori vengono costantemente formati sull'attività specifica	Medio	Si è provveduto, a formare tutto il personale in merito alle procedure da seguire. Si ritiene di mantenere il presente livello di rischio ("medio") in attesa di valutare la ricaduta interna del percorso formativo.	Non necessarie			
Definizione della programmazione: - annuale inferiore a € 40.000,00 - Triennale di beni e servizi pari o superiore a € 140.000,00 - Triennale di beni e servizi pari o superiore a 1 milione di euro - triennale dei lavori superiori a € 150.000,00	Operatori della SC / SS	1.11 - Errata programmazione / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Mancato inserimento dei fabbisogni espressi dai servizi	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: verifiche puntuali e controlli incrociati rispetto a tutti i fabbisogni e a tutti i contratti; rilevazione eventuali finanziamenti PNRR/PNC; Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; presenza di aggiornato Regolamento Acquisti sotto soglia; Misure di Formazione: gli operatori vengono costantemente formati sull'attività specifica	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Predisposizione e adozione dei provvedimenti di approvazione delle programmazioni: - annuale inferiore a € 40.000,00 - Triennale di beni e servizi pari o superiore a € 140.000,00 - Triennale di beni e servizi pari o superiore a 1 milione di euro - triennale dei lavori superiori a € 150.000,00	Direttore SC e Responsabile SS (Direzione Generale per adozione)	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Mancato rispetto della normativa vigente	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; i controlli svolti dal Collegio Sindacale non hanno mai evidenziato criticità	Controllo: verifiche puntuali e controlli incrociati rispetto a tutti i fabbisogni e a tutti i contratti; atti sottoposti al controllo del Collegio Sindacato Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Misure di Formazione: gli operatori vengono costantemente formati sull'attività specifica	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Adempimenti pubblicità obbligatoria e flussi informativi	Direttore SC e operatori SC / SS	2.6 - Trasparenza	Mancata ottemperanza al principio di trasparenza dell'azione legislativa e amministrativa dell'Agenzia	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; le verifiche periodiche svolte dal RPCT non hanno mai evidenziato casi di mancata pubblicazione	Controllo: controlli periodici di I (svolti dal Responsabile della Struttura) e II livello (svolti dal RPCT); Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Trasparenza: Attuazione ciclo di digitalizzazione dei contratti pubblici (BDNCP), come da D.Lgs. 36/2023 e PNA2023 (e successive indicazioni ANAC)	X A		

SCHEDA PROCESSO

Id)		09	TITOLO DEL PROCESSO	Progettazione della gara e selezione del contraente
AREA DI RISCHIO				CONTRATTI
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	
		Struttura	SC Gestione acquisti (Provveditorato – Economato)	
		Responsabile	Direttore SC e Responsabile del Servizio utilizzatore	
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Descrizione del bene/servizio/lavoro da acquistare e individuazione dello strumento finalizzato alla selezione del contraente (adesioni a convenzioni ARIA/CONSIP, espletamento di gare aggregate / gare singole)	
		input	Programmazione degli acquisiti	
		output	Individuazione del contraente	

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Predisposizione del capitolato di gara: descrizione analitica del bene/servizio/lavoro da acquistare; Ricognizione puntuale dei fabbisogni; Istruttoria (fase operativa); Supporto preparazione gara centralizzata	Responsabile Servizio richiedente e operatori SC/SS	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Capitolato che limita la concorrenza	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli svolti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; implementazione controlli aggiuntivi PNRR/PNC; Trasparenza: pubblicazione di manifestazione di interesse preliminare all'espletamento della gara; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia;	Basso	Pur essendo la presente fase caratterizzata da un margine di discrezionalità medio, il rischio viene contenuto attraverso l'attuazione sistematica delle misure di prevenzione indicate, che si dimostrano efficaci	Non necessarie			
Pianificazione degli elementi necessari per la selezione del contraente; verifica se Acquisto centralizzato, aggregato, autonomo; Tipo di procedura di gara (nel caso di espletamento delle procedure da parte dell'ATS, sia come capofila o gara singola); Requisiti di qualificazione degli Operatori Economici; Criteri di aggiudicazione; Identificazione operatori interni coinvolti nel processo	Direttore SC, Responsabile SS e operatori della SC / SS	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	irregolarità nella individuazione dello strumento di gara	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; non sono pervenuti ricorsi per errata individuazione dello strumento	Controllo: controlli svolti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Formazione: il personale della struttura partecipa costantemente ad eventi formativi per garantire un adeguato livello di competenza	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Regolamentazione: Aggiornamento procedura di qualità (PAC) PP5.0.33 Contributi in conto capitale da regione e altri soggetti pubblici	X A		
Predisposizione della documentazione di gara aggregata, quando delegata (condivisa con gli Enti interessati) e autonoma; Verifica documentazione di gara aggregata; Predisposizione atti amministrativi necessari	Direttore SC, Responsabile SS e operatori della SC / SS	2.3 - Adeguatezza documentale	Irregolarità nella documentazione di gara o nella predisposizione degli atti amministrativi	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; non sono pervenuti ricorsi per errori nella documentazione di gara.	Controllo: controlli svolti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; integrazione documentazione per controlli aggiuntivi PNRR/PNC; Formazione: il personale della struttura partecipa costantemente ad eventi formativi per garantire un adeguato livello di competenza	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Regolamentazione: implementazione nuovi Patti di Integrità (DGR XII/3599/2024)	X A		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Esperimento della procedura di gara	Direttore SC, Responsabile SS e operatori della SC / SC e Commissione	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; non sono pervenuti ricorsi da parte dei partecipanti	Controllo: controlli svolti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; implementazione controlli aggiuntivi PNRR/PNC valutazione espressa da una Commissione di esperti nominata dopo il termine di presentazione delle offerte; criteri di valutazione definiti da un soggetto diverso dalla commissione; Conflitto di Interesse: dichiarazioni di assenza di situazioni di conflitto di interesse; Misure di Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Formazione: il personale della struttura partecipa costantemente ad eventi formativi per garantire un adeguato livello di competenza	Basso	Pur essendo una fase potenzialmente critica, il rischio viene contenuto - e considerato "basso" - ad opera delle numerose misure di prevenzione	Non necessarie			
Svolgimento adempimenti pubblicitari e proposta di aggiudicazione	Direttore SC, Responsabile SS e operatori della SC / SS	2.6 - Trasparenza	Mancanza di trasparenza negli adempimenti di pubblicazione e aggiudicazione	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; le verifiche periodiche svolte dal RPCT non hanno mai evidenziato casi di mancata pubblicazione	Controllo: controlli periodici di I (svolti dal Responsabile della Struttura) e II livello (svolti dal RPCT); controllo degli affidamenti attraverso l'utilizzo di check list standardizzata per procedure superiori a €. 40.000,00; Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	10	TITOLO DEL PROCESSO	Verifica aggiudicazione e stipula contratto
AREA DI RISCHIO			CONTRATTI
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Gestione acquisti (Provveditorato – Economato)
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Verifiche espletate in osservanza dell'art. 80 D. Lgs. 50/2016 finalizzate all'accertamento del possesso dei requisiti utili alla stipula del contratto
		input	Autocertificazione del fornitore
		output	Contratto

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Verifiche sull'aggiudicatario (qualora non effettuate da enti esterni)	Direttore SC, Responsabile SS e operatori della SC / SS	2.5 - Frodi e corruzione	Mancanza di controllo o comportamenti fraudolenti nella verifica dell'aggiudicatario	1	5	5	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente. I controlli svolti dal Collegio Sindacale non hanno evidenziato irregolarità.	Controllo: controlli svolti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; implementazione controlli aggiuntivi PNRR/PNC; atti sottoposti al controllo del Collegio Sindacale. Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; presenza di istruzione operativa per l'effettuazione dei controlli sulle polizze fideiussorie con specifica check list.	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati. Le misure in atto si dimostrano efficaci e sufficienti.	Controllo: Verifiche sul fornitore effettuate nella BDNCP di ANAC, tramite FVOE.	X A		
Proposta di adozione del provvedimento di aggiudicazione	Direttore SC, Responsabile SS e operatori della SC / SS	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Irregolarità nella predisposizione degli atti amministrativi	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; non sono pervenuti ricorsi per errori nella documentazione	Controllo: controlli svolti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Formazione: il personale della struttura partecipa costantemente ad eventi formativi per garantire un adeguato livello di competenza.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Adozione del provvedimento di aggiudicazione/presa d'atto e pubblicazione sul sito web aziendale / BDNCP	Direttore Generale / Direttore SC e operatori della struttura	2.6 - Trasparenza	Mancata rispetto degli obblighi di pubblicazione	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; le verifiche periodiche svolte dal RPCT non hanno mai evidenziato casi di mancata pubblicazione	Controllo: controlli periodici di I (svolti dal Responsabile della Struttura) e II livello (svolti dal RPCT); Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Trasparenza: Attuazione ciclo di digitalizzazione dei contratti pubblici (BDNCP), come da D.Lgs. 36/2023 e PNA2023 (e successive indicazioni ANAC)	X A		
Predisposizione contratto: gara singola o aggregata, ARIA E Consip ODF (ordine di fornitura) predefinito	Operatori SC e SS	2.3 - Adeguatezza documentale	Irregolarità nella predisposizione del contratto	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli svolti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; implementazione controlli aggiuntivi PNRR/PNC; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Formazione: il personale della struttura partecipa costantemente ad eventi formativi per garantire un adeguato livello di competenza; Semplificazione: informatizzazione del processo di generazione del contratto	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati				

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO												PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY				
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027		
Stipula del contratto: ARIA/CONSIP/MEPA/SINTEL	Direttore SC e operatori SC / SS	2.3 - Adeguatezza documentale	Irregolarità nella predisposizione degli atti amministrativi	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli svolti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; implementazione controlli aggiuntivi PNRR/PNC; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Formazione: il personale della struttura partecipa costantemente ad eventi formativi per garantire un adeguato livello di competenza; Semplificazione: informatizzazione del processo di generazione del contratto; dematerializzazione repertorio contratti.	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Regolamentazione: recepimenti nelle procedure PAC, dell’istruzione operativa gestione fideiussioni	X	A			
Comunicazione al DEC/Ufficio di Direzione Lavori della nomina con contestuale trasmissione della documentazione contrattuale	RUP	4.9 - Comunicazio ne	Mancanza o inadeguata comunicazione	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli svolti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Formazione: il personale della struttura partecipa costantemente ad eventi formativi per garantire un adeguato livello di competenza;	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie					
Accettazione nomina DEC/DL e dichiarazione assenza conflitto di interesse	DEC	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	mancata ottemperanza della normativa in materia di assenza conflitto di interessi	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli svolti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; implementazione controlli aggiuntivi PNRR/PNC; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Formazione: il personale della struttura partecipa costantemente ad eventi formativi per garantire un adeguato livello di competenza;	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie					
Adempimenti obblighi pubblicità (ANAC, MEF, ETC)	Direttore SC e operatori SC / SS	2.6 - Trasparenza	Mancata ottemperanza al principio di trasparenza dell'azione legislativa e amministrativa dell'Agenzia	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; le verifiche periodiche svolte dal RPCT non hanno mai evidenziato casi di mancata pubblicazione	Controllo: controlli periodici di I (svolti dal Responsabile della Struttura) e II livello (svolti dal RPCT); Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Trasparenza: Attuazione ciclo di digitalizzazione dei contratti pubblici (BDNCP), come da D.Lgs. 36/2023 e PNA2023 (e successive indicazioni ANAC)	X	A			

SCHEDA PROCESSO

Id)	11	TITOLO DEL PROCESSO	Esecuzione del contratto e rendicontazione
AREA DI RISCHIO			CONTRATTI
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Gestione acquisti (Provveditorato – Economato)
		Responsabile	Direttore Esecuzione del Contratto / Direttore Lavori
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività di verifica finalizzate all'accertamento del corretto adempimento da parte del fornitore delle prestazioni previste dal contratto
		input	Contratto
		output	Attestazione di regolare esecuzione del contratto

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Avvio del contratto con eventuale "verbale di avvio", in contraddittorio con l'aggiudicatario, in caso di servizi complessi	DEC / DL	2.4 - Contrattualistica (inclusi appalti pubblici)	Mancato rispetto tempistica contratto	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: vigilanza da parte del RUP sull'operato del DEC; implementazione controlli aggiuntivi PNRR/PNC; Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Formazione: il personale della struttura partecipa costantemente ad eventi formativi per garantire un adeguato livello di competenza;	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie			
Monitoraggio esecuzione contrattuale e effettuazione verifiche in corso di esecuzione del contratto	DEC / DL e operatori supporto	5.1 - Qualità del servizio	Mancanza di controllo sulle attività svolte	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: vigilanza da parte del RUP sull'operato del DEC; implementazione controlli aggiuntivi PNRR/PNC; Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Formazione: il personale della struttura partecipa costantemente ad eventi formativi per garantire un adeguato livello di competenza;	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie			
Applicazione penali e gestione eventuali controversie d'intesa con la SS Avvocatura	RUP	5.1 - Qualità del servizio	Mancata / ritardata applicazione della penale	2	3	6	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli interni di II e II livello sulle attività del RUP; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia;	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie			
Approvazione delle modifiche del contratto originario	RUP	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Modifiche non conformi ai limiti previsti dalla normativa	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli interni di II e III livello sulle attività del RUP; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia;	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie			
Autorizzazione subappalto e suo monitoraggio	RUP/DL e DEC	2.4 - Contrattualistica (inclusi appalti pubblici)	Prestazioni del subappaltatore non in linea con gli standard stabiliti dal contratto	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli interni di II e III livello sulle attività del RUP; implementazione controlli aggiuntivi PNRR/PNC; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali / regionali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia;	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Liquidazione delle fatture	DEC/DL, Direttore SC/Responsabile SS, operatori	2.2 - Disposizioni interne	Documenti non conformi alla normativa e alle disposizioni interne o mancanza dei controlli preventivi alla liquidazione	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	A	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli svolti da operatori appartenenti a strutture diversi e nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, che disciplinano ogni fase del processo	Basso	Fase delicata ma mitigata dalle misure in atto	Non necessarie			
Liquidazione incentivi funzioni tecniche (art. 45 D.Lgs. 36/2023) e autorizzazione al pagamento	DEC / RUP	2.2 - Disposizioni interne	Pagamento in modo difforme da quanto stabilito	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli svolti da strutture diverse e nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; Regolamentazione: è in vigore un regolamento che definisce i criteri per l'assegnazione degli incentivi	Medio	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Adempimenti obblighi di pubblicità (ANAC, Osservatorio Contratti, Portale T&T, ecc.)	RUP e operatori	2.6 - Trasparenza	Mancata ottemperanza al principio di trasparenza dell'azione legislativa e amministrativa dell'Agenzia	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; le verifiche periodiche svolte dal RPCT non hanno mai evidenziato casi di mancata pubblicazione	Controllo: controlli periodici di I (svolti dal Responsabile della Struttura) e II livello (svolti dal RPCT); Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa e dalle indicazioni vigenti;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Trasparenza: Attuazione ciclo di digitalizzazione dei contratti pubblici (BDNCP), come da D.Lgs. 36/2023 e PNA2023 (e successive indicazioni ANAC)	X A		

SCHEDA PROCESSO

Id)	12	TITOLO DEL PROCESSO		Proroga del contratto	
AREA DI RISCHIO				CONTRATTI	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali		
		Struttura	SC Gestione acquisti (Provveditorato – Economato)		
		Responsabile	RUP		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Proroga temporale della durata del contratto alle stesse condizioni stabilite dal contratto originario		
		input	Contratto in scadenza		
		output	Proroga del contratto		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Valutazione della necessità e delle motivazioni di proroga del contratto al fine di non interrompere le prestazioni; verifica dell'impossibilità di aggiudicazione gare ARIA/CONSIP/Aggregate/Singole	RUP e operatori	2.4 - Contrattualistica (inclusi appalti pubblici)	Irregolarità nell'ambito delle valutazioni che determinano la necessità di proroga	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente, né nell'ambito dei controlli svolti dal Collegio Sindacale	Controllo: controlli periodici di I (svolti dal Responsabile della Struttura) e II livello (svolti dal RPCT), controlli da parte di soggetti esterni (Regione Lombardia, Corte dei Conti e Collegio Sindacale).	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie			
Predisposizione e adozione provvedimento di proroga	Direttore SC e operatori	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Irregolarità nella predisposizione degli atti amministrativi	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; non sono pervenuti ricorsi per errori nella documentazione	Controllo: controlli svolti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Formazione: il personale della struttura partecipa costantemente ad eventi formativi per garantire un adeguato livello di competenza	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Pubblicazione del provvedimento di proroga sul sito web aziendale	Direttore SC e operatori	2.6 - Trasparenza	Mancata ottemperanza al principio di trasparenza dell'azione legislativa e amministrativa dell'Agenzia	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; le verifiche periodiche svolte dal RPCT non hanno mai evidenziato casi di mancata pubblicazione	Controllo: controlli periodici di I (svolti dal Responsabile della Struttura) e II livello (svolti dal RPCT); egolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Rendicontazione semestrale a Regione Lombardia	Direttore SC e operatori	6.3 - Informativa interna ed esterna	Mancato rispetto delle scadenze regionali	1	3		scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai verificati casi di mancato rispetto delle scadenze	Controllo: controlli periodici di I (svolti dal Responsabile della Struttura) e II livello (svolti dal RPCT), controlli da parte di soggetti esterni (Regione Lombardia, Corte dei Conti e Collegio Sindacale).	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	13	TITOLO DEL PROCESSO	Affidamenti diretti
AREA DI RISCHIO			CONTRATTI
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Gestione acquisti (Provveditorato – Economato)
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività finalizzata all'affidamento diretta della fornitura di beni, servizi e lavori previa esplorazione del mercato, con particolare riferimento al catalogo MEPA messo a disposizione da CONSIP
		input	Richieste di beni / servizi delle strutture aziendali
		output	Affidamenti diretti

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Analisi richieste dei Servizi e verifica della programmazione degli affidamenti diretti della categoria merceologica di riferimento;	RUP e operatori	1.11 - Errata programmazi one / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Mancato inserimento dei fabbisogni espressi dai servizi	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: verifiche puntuali e controlli incrociati rispetto a tutti i fabbisogni e a tutti i contratti; Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Espletamento della procedura su piattaforma, anche con pluralità di preventivi e conseguente affidamento	RUP e operatori	2.5 - Frodi e corruzione	Affidamento al fornitore che non ha l'offerta migliore	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	M	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai verificati casi di affidamenti non conformi	Controllo: periodici di I (svolti dal Responsabile della Struttura) e II livello (svolti dal RPCT), rendicontazioni al Collegio Sindacale.	Medio	Pur essendo il livello di rischio "medio, le misure in atto si dimostrano adeguate per evitare il verificarsi di fenomeni corruttivi.	Non necessarie			
Emissione ordini NSO /stipula contratto	Operatori SC/SS	2.3 - Adeguatezza documentale	Irregolarità nella predisposizione degli atti amministrativi	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli svolti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; implementazione controlli aggiuntivi PNRR/PNC; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Formazione: il personale della struttura partecipa costantemente ad eventi formativi per garantire un adeguato livello di competenza; Semplificazione: informatizzazione del processo di generazione del contratto	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie			
Rendicontazioni trimestrali con determina e pubblicazione sul sito / BDNCP	Direttore SC e operatori SC/SS	6.3 - Informativa interna ed esterna	Mancato rispetto delle scadenze regionali	1	3	3	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai verificati casi di mancato rispetto delle scadenze	Controllo: controlli periodici di I (svolti dal Responsabile della Struttura) e II livello (svolti dal RPCT), controlli da parte di soggetti esterni (Regione Lombardia, Corte dei Conti e Collegio Sindacale).	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Trasparenza: Attuazione ciclo di digitalizzazione dei contratti pubblici (BDNCP), come da D.Lgs. 36/2023 e PNA2023 (e successive indicazioni ANAC)	X A		

Area di Rischio
ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

SCHEDA PROCESSO

Id)	14	TITOLO DEL PROCESSO	Assunzione di personale a tempo indeterminato tramite concorso	
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Acquisizione e gestione del personale	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	
		Struttura	SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	
		Responsabile	Direttore SC	
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Gestione delle attività di selezione del personale da assumere con contratto di lavoro all'interno dell'Ente, sulla base di una pianificazione del fabbisogno	
		input	Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP)	
		output	Assunzione	

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricognizione e valutazione del fabbisogno di risorse umane triennale	Operatori della struttura	6.1 - Informativa strategica / programmazione	Ricognizione errata o parziale a causa di carenza di informazioni / indicazioni di carattere strategico	1	3	3	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: controllo incrociato tra dati di vari db; Regolamentazione: presenza di Circolari DFP e Linee Guida regionali vincolanti in forma sostanziale	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Compilazione del PTFT ed approvazione con deliberazione	Direzione e Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	PTFT non conforme a causa di errata interpretazione normativa	1	3	3	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: controlli automatizzati da parte di software regionale	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Invio a Regione Lombardia e Collegio Sindacale per approvazione	Operatori della struttura	6.3 - Informativa interna ed esterna	Intempestiva trasmissione della	1	3	3	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni, né da parte di Regione Lombardia o del Collegio Sindacale.	Controllo: controlli secondo scadenziario regionale; rispetto scadenze regionali	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Indizione concorso (con decreto)	Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Bando errato	1	3	3	scarsa responsabilizzazione interna;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo Controllo: verifiche interne condotte nel rispetto del principio della separazione delle funzioni; presenza di autorizzazione preventiva da parte di Regione Lombardia; rispetto del divieto di svolgimento di selezioni con termini e scadenze prossimi a importanti festività o periodi festivi	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Pubblicazione bando su BURL e Gazzetta Ufficiale	Operatori della struttura	2.6 - Trasparenza	Mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Trasparenza: rispetto degli adempimenti di pubblicità legale Controllo: controlli periodici delle pubblicazioni Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)			IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività		CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
					Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Acquisizione domande tramite applicativo aziendale	Operatori della struttura		3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Perdita di dati	1	4	4	manca ­ za di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni. Non si sono mai verificati casi di perdita di dati	Controllo: controlli automatizzati da parte del software Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure in atto si dimostrano adeguate ed efficaci.	Non necessarie			
Ammissione candidati (con determinazione)	Operatori della struttura		2.3 - Adeguatezza documentale	Non conformità degli atti	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: verifiche interne condotte nel rispetto del principio della separazione delle funzioni; Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Nomina Commissione (con determinazione)	Operatori della struttura		2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Mancata imparzialità nell'individuazione dei componenti	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo Trasparenza: pubblicazione della Commissione; Conflitto di interessi: rispetto disposizioni art. 35 bis D.Lgs. 165/2001 formazione delle commissioni); acquisizione dichiarazione di assenza conflitti da parte dei componenti della commissione; Definizione e promozione dell’etica: rispetto della parità di genere nella formazione delle commissioni di concorso	Basso	Pur trattandosi di una fase piuttosto delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza che limitano i margini di discrezionalità.	Non necessarie			
Espletamento prove	Commissione		4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo Trasparenza: pubblicazione delle prove (successivamente all’espletamento); Regolamentazione: obbligo di definizione dei criteri di valutazione in via anticipata.	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza e di regolamentazione che limitano i margini di discrezionalità.	Non necessarie			
Approvazione graduatoria e nomina dei vincitori	Commissione		2.3 - Adeguatezza documentale	Incoerenza dell'atto con gli esiti	1	5	5	manca ­ za di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo Trasparenza: pubblicazione dei criteri; verifica della compatibilità degli atti con gli esiti della commissione; Trasparenza: obbligo di definizione dei criteri in via anticipata.	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza e di regolamentazione che limitano i margini di discrezionalità. Le misure si dimostrano adeguate e sufficienti.	Non necessarie			
Deliberazione di assunzione	Operatori della struttura		2.3 - Adeguatezza documentale	Incoerenza dell'atto con gli esiti	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo Controllo: redazione degli atti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione e di pubblicità	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Verifiche assenza situazioni di incompatibilità	Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Verifiche non coerenti con il dettato normativo	1	4	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: supervisione dei controlli da parte del livello gerarchico sovraordinato; Conflitto di interessi / incompatibilità: acquisizione e verifica in materia di conflitto di interessi / incompatibilità.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Sottoscrizione del contratto	Operatori della struttura	2.3 - Adeguatezza documentale	Carenza di elementi essenziali nel contratto	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: supervisione dei controlli da parte del livello gerarchico sovraordinato; Trasparenza: registrazione nel repertorio contratti; Semplificazione: informatizzazione repertorio contratti	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Semplificazione: Informatizzazione del fascicolo del dipendente;	X A		

SCHEDA PROCESSO

Id)	15	TITOLO DEL PROCESSO	Assunzione di personale a tempo determinato
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Acquisizione e gestione del personale
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Gestione delle attività di assunzione per selezione per far fronte ad esigenze temporanee ed eccezionali nelle more dell'indizione di una procedura di reclutamento a tempo indeterminato
		input	Fabbisogno aziendale
		output	Assunzione

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricognizione e valutazione del fabbisogno di risorse umane	Direzione Operatori della struttura	6.1 - Informativa strategica / programmazione	Ricognizione errata o parziale a causa di carenza di informazioni / indicazioni di carattere strategico	1	3	3	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: controllo incrociato tra dati di vari db; Misure di Regolamentazione: presenza di Circolari DFP e Linee guida regionali vincolanti in forma sostanziale Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Indizione selezione (con deliberazione)	Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Bando errato	1	3	3	scarsa responsabilizzazione interna;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: verifiche interne condotte nel rispetto del principio della separazione delle funzioni; rispetto del divieto di svolgimento di selezioni con termini e scadenze prossimi a importanti festività o periodi festivi Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Pubblicazione avviso sul sito web aziendale	Operatori della struttura	2.6 - Trasparenza	Mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione e di pubblicità Controllo: controlli periodici delle pubblicazioni Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Acquisizione domande tramite applicativo aziendale	Operatori della struttura	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Perdita di dati	1	4	4	mancaanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni. Non si sono mai verificati casi di perdita di dati.	Controllo: controlli automatizzati da parte del software Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure si dimostrano adeguate e sufficienti.	Non necessarie			
Ammissione candidati (con determinazione)	Operatori della struttura	2.3 - Adeguatezza documentale	Non conformità degli atti	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: verifiche interne condotte nel rispetto del principio della separazione delle funzioni Conflitto di interessi: acquisizione dichiarazione da parte degli operatori rispetto ai candidati	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO													PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY				
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027		
Nomina Commissione (con determinazione)	Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Mancata imparzialità nell'individuazione dei componenti	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Trasparenza: pubblicazione della data / ora dell'estrazione dei componenti della Commissione; Definizione e promozione dell’etica: rispetto della parità di genere nella formazione delle commissioni di concorso Conflitto di interessi: rispetto disposizioni art. 35 bis D.Lgs. 165/2001 formazione delle commissioni); acquisizione dichiarazione di assenza conflitti da parte dei componenti della commissione	Basso	Pur trattandosi di una fase piuttosto delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza che limitano i margini di discrezionalità.	Non necessarie					
Espletamento prove	Commissione	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Trasparenza: pubblicazione delle prove (successivamente all’espletamento); Regolamentazione: obbligo di definizione dei criteri in via anticipata.	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza e di regolamentazione che limitano i margini di discrezionalità.	Non necessarie					
Approvazione graduatoria e nomina dei vincitori	Commissione	2.3 - Adeguatezza documentale	Incoerenza dell'atto con gli esiti	1	5	5	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Trasparenza: pubblicazione dei criteri; verifica della compatibilità degli atti con gli esiti della commissione; Regolamentazione: obbligo di definizione dei criteri di valutazione in via anticipata; presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo.	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza e di regolamentazione che limitano i margini di discrezionalità. Le misure si dimostrano adeguate e sufficienti.	Non necessarie					
Deliberazione di assunzione	Operatori della struttura e Direzione	2.3 - Adeguatezza documentale	Incoerenza dell'atto con gli esiti	1	4	4	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: redazione degli atti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione ed pubblicità	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie					
Verifiche assenza situazioni di incompatibilità	Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Verifiche non coerenti con il dettato normativo	1	4	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: supervisione dei controlli da parte del livello gerarchico sovraordinato; Conflitto di interessi / incompatibilità: acquisizione e verifica in materia di conflitto di interessi / incompatibilità.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie					
Sottoscrizione del contratto	Operatori della struttura e Direttore SC	2.3 - Adeguatezza documentale	Carenza di elementi essenziali nel contratto	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: supervisione dei controlli da parte del livello gerarchico sovraordinato; Semplificazione: Informatizzazione del repertorio dei contratti;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Semplificazione: Informatizzazione del fascicolo del dipendente;	X A				
Vacanza della struttura	Operatori della struttura	6.1 - Informativa strategica / programmazione	Inerzia nell'attivazione delle procedure per l'attivazione della copertura della struttura	1	3	3	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Misure di Controllo: supervisione delle tempistiche da parte dei livelli gerarchici sovraordinati	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie					

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Conferimento incarico	Operatori della struttura	2.3 - Adeguatezza documentale	Carenza di elementi essenziali nella lettera di incarico	1	5	5	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: supervisione dei controlli da parte del livello gerarchico sovraordinato;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	16	TITOLO DEL PROCESSO	Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali		
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Acquisizione e gestione del personale		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali		
		Struttura	Gestione e Sviluppo Risorse Umane		
		Responsabile	Direttore SC		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Procedura per il rilascio di autorizzazione ai fini dello svolgimento legittimo di attività extra-istituzionale di personale dipendente		
		input	Istanza del dipendente		
		output	Autorizzazione / Diniego		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricezione istanza e valutazione in ordine all'assenza di incompatibilità	Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Verifiche non coerenti con il dettato normativo	2	2	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: supervisione dei controlli da parte del livello gerarchico sovraordinato Regolamentazione: applicazione del Regolamento Aziendale in materia di incarichi extraistituzionali; Conflitto di interessi: dichiarazione del conflitto di interessi dell'operatore che effettua la valutazione rispetto al richiedente Trasparenza: tracciabilità della valutazione	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Segnalazione incompatibilità (se presenti) e comunicazione esito valutazione al richiedente	Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Omessa segnalazione	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: supervisione dei controlli da parte del livello gerarchico sovraordinato Regolamentazione: applicazione del Regolamento Aziendale in materia di incarichi extraistituzionali	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Pubblicazione in Amministrazione Trasparente	Operatori della struttura	2.6 - Trasparenza	Mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione	2	4	8	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: controlli di II livello sul rispetto degli obblighi di pubblicazione Misure di Regolamentazione: applicazione del Regolamento Aziendale in materia di incarichi extraistituzionali	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure si dimostrano adeguate e sufficienti.	Non necessarie			
Alimentazione PERLAPA	Operatori della struttura	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Mancato assolvimento degli obblighi di alimentazione del portale	2	4	8	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Misure di Controllo: supervisione dei controlli da parte del livello gerarchico sovraordinato; rispetto tempi procedurali (tempistiche di inserimento dati coerenti con la normativa)	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure si dimostrano adeguate e sufficienti.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	17	TITOLO DEL PROCESSO	Reclutamento di personale tramite avviso di mobilità esterna compartimentale		
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Acquisizione e gestione del personale		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali		
		Struttura	SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane		
		Responsabile	Direttore SC		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Gestione delle attività di assunzione per selezione tramite avviso di mobilità esterna compartimentale		
		input	Fabbisogno aziendale		
		output	Assunzione		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricognizione e valutazione del fabbisogno di risorse umane	Direzione Operatori della struttura	6.1 - Informativa strategica / programmazioni	Ricognizione errata o parziale a causa di carenza di informazioni / indicazioni di carattere strategico	1	3	3	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: controllo incrociato tra dati di vari db; Regolamentazione: presenza di Circolari DFP e Linee guida regionali vincolanti in forma sostanziale	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Indizione avviso di mobilità (con deliberazione)	Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Avviso errato	1	3	3	scarsa responsabilizzazione interna;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: verifiche interne condotte nel rispetto del principio della separazione delle funzioni e supervisione da parte del Dirigente della struttura	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Pubblicazione avviso sul sito web aziendale	Operatori della struttura	2.6 - Trasparenza	Mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione e di pubblicità Controllo: controlli periodici delle pubblicazioni	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Acquisizione domande tramite applicativo aziendale	Operatori della struttura	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Perdita di dati	1	4	4	mancaanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli:	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni. Non si sono mai verificati casi di perdita di dati	Semplificazione (digitalizzazione): controlli automatizzati da parte del software	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure in atto si dimostrano adeguate e sufficienti	Non necessarie			
Ammissione candidati (con determinazione)	Operatori della struttura	2.3 - Adeguatezza documentale	Non conformità degli atti	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: verifiche interne condotte nel rispetto del principio della separazione delle funzioni	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY			
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Nomina Commissione (con determinazione)	Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Mancata imparzialità nell'individuazione dei componenti	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Misura di Trasparenza: pubblicazione della data / ora dell'estrazione dei componenti della Commissione Conflitto di interessi: formazione delle cpmmissioni di concorso (art. 35 bis D.Lgs. 165/2001); dichiarazione assenza conflitto tra componenti commissione e candidati	Basso	Pur trattandosi di una fase piuttosto delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza che limitano i margini di discrezionalità.	Non necessarie				
Espletamento prove (colloquio)	Commissione	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: obbligo di definizione dei criteri in via anticipata.	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza e di regolamentazione che limitano i margini di discrezionalità. Le misure in atti si dimostrano adeguate e sufficienti	Non necessarie				
Individuazione dei vincitori	Commissione	2.3 - Adeguatezza documentale	Incoerenza dell'atto con gli esiti	1	5	5	mancaanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli:	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Trasparenza: verifica della compatibilità degli atti con gli esiti della commissione; Regolamentazione: obbligo di definizione dei criteri in via anticipata.	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza e di regolamentazione che limitano i margini di discrezionalità.	Non necessarie				
Deliberazione di assunzione	Operatori della struttura e Direzione	2.3 - Adeguatezza documentale	Incoerenza dell'atto con gli esiti	1	4	4	mancaanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli:	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: redazione degli atti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione / pubblicità	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				
Verifiche assenza situazioni di incompatibilità	Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Verifiche non coerenti con il dettato normativo	1	4	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: supervisione dei controlli da parte del livello gerarchico sovraordinato; Controllo: rispetto tempi procedurali (verifiche antecedenti la sottoscrizione del contratto)	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				
Sottoscrizione del contratto	Operatori della struttura e Direttore SC	2.3 - Adeguatezza documentale	Carenza di elementi essenziali nel contratto	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: supervisione dei controlli da parte del livello gerarchico sovraordinato; Semplificazione: Informatizzazione del repertorio dei contratti	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Semplificazione: Informatizzazione del fascicolo del dipendente;	X A			

SCHEDA PROCESSO

Id)	18	TITOLO DEL PROCESSO	Procedimento disciplinare
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Acquisizione e gestione del personale
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Gestione delle segnalazioni che comportano la possibile erogazione di sanzione disciplinare
		input	Segnalazione
		output	Assunzione del provvedimento finale sanzionatorio o archiviazione

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricezione segnalazione e avvio dell'istruttoria	Operatori della struttura - UPD	5.1 - Qualità del servizio	Avvio dell'istruttoria intempestivo	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente.	Controllo: supervisione ad opera del dirigente della struttura; rispetto tempi procedurali (tempistiche di avvio istruttoria coerente con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento) Semplificazione: il processo di ricezione della segnalazione è totalmente informatizzato tramite il protocollo aziendale;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Istruttoria	Direttore SC e Operatori della struttura (UPD)	5.4 - Gestione delle vertenze legali	Valutazione degli atti e/o della situazione non conforme a quanto previsto dalla normativa vigente, con possibile sotto o sovrastima della criticità segnalata	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: supervisione ad opera del dirigente della struttura;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Audizione del dipendente	Direttore SC, Operatori della struttura (UPD) e Commissione UPD	5.4 - Gestione delle vertenze legali	Valutazione degli atti e/o della situazione non conforme a quanto previsto dalla normativa vigente, con possibile sotto o sovrastima della criticità segnalata	1	5	5	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non si sono mai verificati casi di errata valutazione, né sono pervenute contestazioni.	Controllo: la valutazione avviene in forma collegiale e con un approccio multidisciplinare	Basso	Pur trattandosi di una fase particolarmente delicata del processo, la valutazione viene affidata ad una Commissione composta da figure di diversa estrazione professionale; ciò riduce i margini di discrezionalità e garantisce terzietà e competenza.	Non necessarie			
Formalizzazione esito	Direttore SC, Operatori della struttura (UPD) e Commissione UPD	2.3 - Adeguatezza documentale	Incompletezza degli elementi essenziali nel verbale della Commissione	1	5	5	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non si sono mai verificati casi, né sono pervenute contestazioni.	Controllo: supervisione da parte del Dirigente della struttura; inoltre, il verbale viene sottoscritto da parte di tutti i componenti della Commissione	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Notifica all'interessato del provvedimento finale	Operatore UPD	5.1 - Qualità del servizio	Avvio dell'istruttoria intempestivo	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente.	Controllo: supervisione ad opera del dirigente della struttura; rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento) Semplificazione: il processo di notifica del provvedimento finale è totalmente informatizzato tramite il protocollo aziendale	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Esecuzione della sanzione (ove prevista) e archiviazione	Direttore SC	4.9 - Comunicazionee	Mancato trasferimento delle decisioni della Commissione, con conseguente mancata applicazione degli effetti della sanzione	1	5	5	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente.	Controllo: supervisione ad opera del dirigente della struttura; esecuzione della sanzione	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

Area di Rischio
GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

SCHEDA PROCESSO

Id)	19	TITOLO DEL PROCESSO	Gestione delle entrate
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
		Responsabile	Dirigente SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Raccolta delle informazioni relative alle prestazioni erogate dall'Agenzia a terzi e trasmissione da parte dei servizi aziendali al BPFC dei dati necessari per l'emissione dei documenti attivi e per le conseguenti rilevazioni in contabilità generale, nonché rilevazione delle entrate incassate direttamente
		input	Dati di prestazione dalle strutture aziendali e/o dati di incasso dal tesoriere
		output	Documenti attivi / reversali / rilevazione entrate in bilancio

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Attribuzione dei ricavi e registrazione degli incassi nel rispetto delle relative voci contabili, secondo natura e competenza economica	Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Sovrastima / sottostima dei ricavi per la difficoltà di individuare la natura delle prestazioni oggetto dei versamenti	2	2	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non risultano segnalazioni, né procedimenti e/o giudiziari. Gli audit condotti internamente non hanno evidenziato particolari criticità rispetto a questa fase del processo.	Controllo: verifiche a campione; verifiche da parte di strutture aziendali coinvolte; Semplificazione: controlli automatizzati da parte del software;	Basso	Il livello di rischio viene ritenuto non significativo, in quanto adeguatamente contenuto dalla presenza di controlli interni e dalle affinate competenze degli operatori che svolgono l'attività	Non necessarie			
Verifica con le strutture responsabili del corretto iter di trasmissione dati per l'emissione delle relative fatture per le prestazioni fornite, nonché della corretta registrazione	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Rischio di prestazioni a terzi erogate ma non fatturate	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	M	M	B	M	A	A	Non risultano segnalazioni, né procedimenti e/o giudiziari. Gli audit condotti internamente non hanno evidenziato particolari criticità rispetto a questa fase del processo.	Controllo: verifiche a campione; verifiche da parte di strutture aziendali coinvolte Semplificazione: controlli automatizzati da parte del software; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale dell'Agenzia (procedure P.A.C.); Formazione: realizzazione di eventi formativi specifici sull'argomento rivolti sia al personale della struttura responsabile del processo, sia a quello di altre strutture aziendali coinvolte	Basso	Il livello di rischio viene ritenuto non significativo, in quanto adeguatamente contenuto da numerose misure di controllo e di regolamentazione	Regolamentazione: aggiornamento procedura di qualità (PAC) PP5.0.24 “Ricavi per finanziamenti regionali indistinti o vincolati”	X	A	
Controllo dei provvisori d'incasso, analisi della natura degli stessi e relativa registrazione regolarizzazione contabile	Operatori della struttura	5.9 - Gestione riscossioni	Mancata tempestività nelle regolarizzazioni dei provvisori; errata attribuzione dei provvisori di riscossione fattura	2	2	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	M	A	A	Non risultano segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Gli audit condotti internamente non hanno evidenziato particolari criticità rispetto a questa fase del processo.	Controllo: verifiche a campione; indicatori prodotti dal tesoriere; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale dell'Agenzia (procedure P.A.C.).	Basso	Il livello di rischio viene ritenuto non significativo, in quanto adeguatamente contenuto da numerose misure di controllo e di regolamentazione	Non necessarie			
Verifica dello scadenzario dei crediti per il riscontro delle partite aperte e predisposizione dei relativi solleciti di incasso ai clienti	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Carente programmazione / intempestivo svolgimento dell'attività	2	2	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	M	B	M	A	A	Non risultano segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Gli audit condotti internamente non hanno evidenziato particolari criticità rispetto a questa fase del processo.	Controllo: controlli incrociati tra i dati di diversi gestionali; verifiche a campione; emissione sollecito < 12 mesi; Semplificazione: controlli automatizzati da parte del software; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale dell'Agenzia (procedure P.A.C.).	Medio	Il livello di rischio espresso è da intendersi prevalentemente correlato al livello di discrezionalità medio, che comunque viene controbilanciato da alcune misure di controllo e di regolamentazione	Non necessarie			
Gestione delle pratiche non incassate in via ordinaria con emissione delle ingiunzioni ed eventuale successiva iscrizione a ruolo	Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Mancata adesione alla normativa	1	3	3	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	A	M	B	M	A	A	Non risultano segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Gli audit condotti internamente non hanno evidenziato particolari criticità rispetto a questa fase del processo.	Controllo: verifiche a campione; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale dell'Agenzia (procedure P.A.C.).	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	20	TITOLO DEL PROCESSO	Gestione delle spese e del patrimonio
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
		Responsabile	Dirigente SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Rilevazione, gestione e protocollazione dei documenti passivi, con rilevazione dei costi per natura e competenza, con successivo pagamento al fornitore
		input	Fatture / documenti passivi
		output	Mandati di pagamento / rilevazione costi in bilancio

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Acquisizione delle fatture/note di credito dalla piattaforma sistema regionale "HUB" al sistema contabile dell'ATS e protocollo nel sistema contabile secondo natura e competenza economica	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Rilevazione dei protocolli non tempestiva	1	2	2	scarsa responsabilizzazione interna;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; i controlli del Collegio Sindacale hanno evidenziato la regolarità della gestione.	controllo: confronto con PCC, verifiche a campione; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio (procedure P.A.C.).	Basso	I controlli interni ed esterni vengono gestiti in forma adeguata a contenere il livello di rischio, che pertanto non risulta significativo.	Non necessarie			
Inoltro alle strutture competenti delle distinte con elenco delle fatture per la fase di liquidazione	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Errata individuazione del servizio di afferenza	1	2	2	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Misure di controllo: verifiche a campione; Misure di Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio (procedure P.A.C.).	Basso	I controlli interni ed esterni vengono gestiti in forma adeguata a contenere il livello di rischio, che pertanto non risulta significativo.	Non necessarie			
controllo della regolarità delle prestazioni effettuate dal fornitore e rispondenza delle stesse alle richieste dell'agenzia	Operatori delle strutture competenti per materia	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Indebita liquidazione	1	4		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; i controlli del Collegio Sindacale hanno evidenziato la regolarità della gestione.	Misure di controllo: verifiche a campione; Misure di Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio (procedure P.A.C.).	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Verifica della documentazione trasmessa dalle strutture competenti (liquidazione) e predisposizione del relativo mandato di pagamento, previa verifiche DURC e art. 48 bis	Operatori della struttura	2.2 - Disposizioni interne	Inosservanza procedure	1	3	3	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; i controlli del Collegio Sindacale hanno evidenziato la regolarità della gestione.	Misure di controllo: verifiche a campione; verifica regolarità requisiti fornitore Misure di Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio (procedure P.A.C.).	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Emissione di ordinativo di pagamento ed avvio procedura di pagamento con SIOPE+	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Mancato rispetto dei tempi di pagamento	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; i controlli del Collegio Sindacale hanno evidenziato la regolarità della gestione. Inoltre, il rispetto dei tempi di pagamento viene verificato trimestralmente e pubblicato sul sito web aziendale (Amministrazione Trasparente)	Controllo: verifiche a campione; verifiche da parte del Collegio Sindacale; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio (procedure P.A.C.); Trasparenza: pubblicazione trimestrale dell'indicatore di tempestività dei pagamenti.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Verifica dello scadenzario dei debiti per il riscontro delle partite aperte e gestione dei relativi solleciti ricevuti dai fornitori	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Carente programmazione / intempestivo svolgimento dell'attività	1	3	3	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: verifiche a campione da parte del dirigente gerarchicamente sovraordinato; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio (procedure P.A.C.).	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	21	TITOLO DEL PROCESSO	Gestione dei Pagamenti
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
		Responsabile	Dirigente SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Gestione delle attività amministrative e contabili finalizzate ai pagamenti per conto dell’Agenzia
		input	Fatture e altri documenti contabili passivi
		output	Esecuzione del pagamento da parte del Tesoriere

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Definizione dei documenti liquidati da porre in pagamento, previa acquisizione liste di liquidazione	Operatori della struttura	5.9 - Gestione riscossioni / pagamenti	Applicazione priorità di pagamento non conformi	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non si sono verificati casi, non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai rilevate non conformità; anche i controlli svolti dal Collegio Sindacale hanno attestato la regolarità della gestione	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale servizio (procedure P.A.C.); Controllo: controlli effettuati dal dirigente sovraordinato e dal Collegio Sindacale	Basso	Le misure di controllo in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore; si ritiene pertanto di classificare il rischio a livello basso	Non necessarie			
Verifica regolarità del DURC	Operatori della struttura	2.2 - Disposizioni interne	Omissione / incompletezza del controllo	1	3	3	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; i controlli del Collegio Sindacale hanno evidenziato la regolarità della gestione..	Controllo: verifiche a campione; verifica regolarità requisiti fornitore Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio (procedure P.A.C.).	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Emissione mandato con evidenza della quota soggetta a scissione dei pagamenti, della quota soggetta a ritenuta d'acconto e del netto da pagare	Operatori della struttura	5.9 - Gestione riscossioni / pagamenti	Mancato rispetto delle tempistiche stabilite	1	3	3	scarsa responsabilizzazione interna;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; i controlli del Collegio Sindacale hanno evidenziato la regolarità della gestione..	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale (procedure P.A.C.); Controllo: controlli effettuati dal dirigente sovraordinato e dal Collegio Sindacale	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Verifica art. 48 bis	Operatori della struttura	2.2 - Disposizioni interne	Omissione / incompletezza del controllo	1	3	3	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; i controlli del Collegio Sindacale hanno evidenziato la regolarità della gestione.	Controllo: verifiche a campione; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio (procedure P.A.C.).	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Caricamento degli ordinativi di pagamento sulla piattaforma SIOPE+	Operatori della struttura	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Presenza di errori che compromettono il caricamento dei flussi	1	3	3	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; i controlli del Collegio Sindacale hanno evidenziato la regolarità della gestione. I	Controllo: verifiche a campione; verifiche da parte del Collegio Sindacale; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio (procedure P.A.C.); Trasparenza: pubblicazione trimestrale dell'indicatore di tempestività dei pagamenti.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Firma digitale dei mandati sulla piattaforma dedicata	Direttore SC e Direttore Amministrativo	3.2 - Disponibilità dei sistemi informativi	Intempestività	1	3	3	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non si sono mai verificati casi. Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio (procedure P.A.C.); Controllo: monitoraggio della pianificazione delle operazioni di pagamento, effettuato dal dirigente sovraordinato; Trasparenza: in riferimento all'intero processo, pubblicazione trimestrale dell'indicatore di tempestività dei pagamenti.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Verifica dello scadenzario dei debiti per il riscontro delle partite aperte e gestione dei relativi solleciti ricevuti dai fornitori	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Carente programmazione / intempestivo svolgimento dell'attività	1	3	3	scarsa responsabilizzazione interna;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: monitoraggio da parte del dirigente sovraordinato; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio (procedure P.A.C.).	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	22	TITOLO DEL PROCESSO	Recupero Crediti
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Affari Generali e Legali / SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabiliàt
		Responsabile	Dirigente SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Rilevazione della morosità, recupero del credito (primo sollecito, secondo sollecito e fase esecutiva) ed eventuale stralcio
		input	Fatture scadute e non incassate
		output	Recupero o stralcio del credito

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Rilevazione della morosità con individuazione dei soggetti debitori, residenza e/o sede legale	Operatori della struttura SC BPFC	5.1 - Qualità del servizio	Mancato rispetto delle tempistiche stabilite	2	4	8	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A	A	Non si sono verificati casi, non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai rilevate non conformità; anche i controlli svolti dal Collegio Sindacale hanno attestato la regolarità della gestione	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale (procedure P.A.C.); Controllo: controlli effettuati dal dirigente sovraordinato;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Trasmissione prima lettera di sollecito	Direttore SC BPFC e operatori della struttura SC BPFC	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Anagrafiche incomplete / non aggiornate	3	2	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale (procedure P.A.C.); Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento); emissione sollecito <12 mesi; Controllo: controlli effettuati dal dirigente sovraordinato;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Trasmissione del secondo sollecito dopo sei mesi	Direttore SC BPFC e operatori della struttura SC BPFC	2.3 - Adeguatezza documentale	Presenza di irregolarità nell'atto e nell'iter di notifica	2	2	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale (procedure P.A.C.); Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento) Controllo: controlli effettuati dal dirigente sovraordinato;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Redazione e notifica dell'ingiunzione di pagamento con aggravio di spese e interessi	Direttore SC AGL e operatori della struttura SC AGL	2.3 - Adeguatezza documentale	Presenza di irregolarità nell'atto e nell'iter di notifica	2	2	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale (procedure P.A.C.); Misure di Controllo: controlli effettuati dal dirigente sovraordinato;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Iscrizione a ruolo attraverso l'utilizzo di servizi on-line messi a disposizione dell'Agenzia delle Entrate - Riscossione	Operatori della struttura SC BPFC	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Errore tecnico nella compilazione e trasmissione dei dati	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A	A	Non si sono verificati casi, non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale (procedure P.A.C.);	Medio	Si tratta di una fase in cui le misure di controllo del processo necessitano di un rafforzamento; pertanto, si ritiene di considerare il rischio di livello medio.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Stralcio del credito con periodicità almeno annuale	Direttore SC BPFC	5.9 - Gestione riscossioni / pagamenti	Inefficienza nella gestione del processo, con conseguente inesigibilità del credito	2	4	8	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A	A	Non si sono verificati casi, non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai rilevate non conformità; anche i controlli svolti dal Collegio Sindacale hanno attestato la regolarità della gestione	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale; Controllo: controlli effettuati dal dirigente sovraordinato; controlli effettuati dal Collegio Sindacale	Basso	Le misure di controllo in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore; si ritiene pertanto di classificare il rischio a livello basso	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	23	TITOLO DEL PROCESSO	Lasciti e donazioni (somme in denaro)
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
		Responsabile	Dirigente SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Raccolta e rilevazione delle donazioni in denaro ricevute e destinazione delle stesse nel rispetto della normativa e delle eventuali indicazioni del donante
		input	Somme donate
		output	Atti di accettazione e destinazione delle donazioni

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO												PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ			
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Apertura (eventuale) conto corrente dedicato, per agevolare la raccolta di donazioni	Operatori della struttura	2.2 - Disposizioni interne	Inosservanza delle disposizioni aziendali	1	2	2	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Regolamentazione: presenza ed applicazione delle Regolamento Aziendale e delle indicazioni degli Organismi di Controllo; Controllo: controlli svolti da strutture sovraordinate	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo.	Non necessarie				
individuazione delle donazioni ricevute o per l'afferenza al conto corrente dedicato o in base alla comunicazione del donante	Operatori della struttura	5.9 - Gestione riscossioni	Intempestiva individuazione	1	3	3	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità rispetto alla corretta individuazione.	Controllo: verifiche puntuali; Misure di Regolamentazione: presenza e applicazione di un Regolamento aziendale, diffuso a tutto il personale della struttura	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				
verifica dell'esistenza di eventuali vincoli di destinazione della donazione	Operatori della struttura	2.2 - Disposizioni interne	Errata individuazione del vincolo	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità rispetto alla corretta individuazione.	Regolamentazione: presenza e applicazione di un Regolamento aziendale, diffuso a tutto il personale della struttura;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				
accettazione della donazione, previa verifica del rispetto delle norme e dei regolamenti in materia	Operatori della struttura	2.7 - Antiriciclaggi o	Verifiche parziali e/o inefficaci	1	5	5	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità rispetto alla corretta individuazione.	Regolamentazione: presenza e applicazione di un Regolamento aziendale (agg.to 2023), diffuso a tutto il personale della struttura; Conflitto di interessi: verifica insussistenza conflitto di interessi tra il donante e l'ATS; Controllo: verifica del rispetto delle norme relative al riciclaggio e alla tracciabilità	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				
rilevazione contabile della donazione e destinazione della stessa	Operatori della struttura	2.6 - Trasparenza	Mancato rispetto degli obblighi di pubblicità	1	4	4	mancaanza di trasparenza;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: verifiche puntuali; verifiche di II livello; Regolamentazione: presenza e applicazione di un Regolamento aziendale, diffuso a tutto il personale della struttura; Trasparenza: rispetto obblighi di pubblicazione delle donazioni nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'Agenzia.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore e degli obblighi di pubblicazione verso la collettività.	Non necessarie				

SCHEDA PROCESSO

Id)	24	TITOLO DEL PROCESSO		Lasciti e donazioni (beni)	
AREA DI RISCHIO				GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali		
		Struttura	SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)		
		Responsabile	Direttore SC		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Accettazione dei beni previa verifica del Servizio ricevente		
		input	Proposta di donazione		
		output	Accettazione della donazione		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO												PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ			
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Proposta di donazione e valutazione del Servizio utilizzatore	Responsabile Servizio utilizzatore	1.8 - Rischio reputazionale	Inopportuna accettazione / diniego della donazione in termini di utilizzo del bene donato	1	5	5	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai verificati casi non conformi	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure aziendali (procedure P.A.C.) e di Regolamento aziendale;	Medio	Pur essendo il livello di rischio "medio", le misure in atto si dimostrano adeguate per evitare il verificarsi di fenomeni corruttivi.	Non necessarie				
Valutazione amministrativa e proposta di accettazione	Direttore SC e operatori SC/ SS	2.7 - Antiriciclaggio	Mancate verifiche sulla provenienza dei beni donati	1	5	5	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai verificati casi non conformi	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure e regolamento aziendale (agg.to 2023) diffuso a tutto il personale della struttura; Controllo: verifica del rispetto delle norme relative al riciclaggio e alla tracciabilità;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				
Predisposizione e pubblicazione dell'atto di accettazione della donazione	Direttore SC e operatori SC / SS	2.6 - Trasparenza	Mancata ottemperanza al principio di trasparenza dell'azione legislativa e amministrativa dell'Agenzia	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; le verifiche periodiche svolte dal RPCT non hanno mai evidenziato casi di mancata pubblicazione	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure aziendali (procedure P.A.C.), rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Trasparenza: rispetto obblighi di pubblicazione delle donazioni nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web dell'Agenzia.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				

SCHEDA PROCESSO

Id)	25	TITOLO DEL PROCESSO	Gestione e conservazione del patrimonio immobiliare
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)
		Responsabile	Dirigente SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Gestione delle attività necessarie per garantire l'efficiente ed efficace conservazione del patrimonio immobiliare di proprietà (attività riferite agli interventi esclusi dal Piano Triennale dei Lavori Pubblici)
		input	Programmazione delle attività manutentive
		output	Report esecuzione interventi di manutenzione

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Rilevazione necessità di manutenzione e programmazione interventi	RUP	1.11 - Errata programmazione / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Programmazione sovra/sottostimata rispetto alle reali necessità	2	3	6	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	M	B	M	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni. Il Collegio Sindacale non ha mai espresso rilievi.	Controllo: supervisione da parte del Dirigente sovraordinato; Regolamentazione: formalizzazione della programmazione validata dalla Direzione Strategica, contenente la valutazione del rischio e la definizione dei criteri di priorità.	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie			
Verifica capienza dei contratti in essere	RUP	2.4 - Contrattualistica (inclusi appalti pubblici)	Verifica non coerente / compatibile con quanto previsto dalla normativa	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni. Il Collegio Sindacale non ha mai espresso rilievi.	Controllo: supervisione da parte del Dirigente sovraordinato; controlli di II e III livello sulle attività del RUP; Misure di Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali,	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie			
Emissione ordine NSO sul contratto specifico	Operatori della struttura e RUP	2.3 - Adeguatezza documentale	Ordine non conforme	2	2	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A		Controllo: supervisione da parte del RUP; Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali,	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Monitoraggio esecuzione contrattuale e effettuazione verifiche in corso di esecuzione del contratto	DEC e operatori a supporto	5.1 - Qualità del servizio	Mancanza di controllo sulle attività svolte	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: vigilanza da parte del RUP sull'operato del DEC; Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Formazione: il personale della struttura partecipa costantemente ad eventi formativi per garantire un adeguato livello di competenza;	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie			
Applicazione penali e gestione eventuali controversie d'intesa con la SS Avvocatura	RUP	5.1 - Qualità del servizio	Mancata / ritardata applicazione della penale	2	3	6	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli interni di II e II livello sulle attività del RUP; Misure di Regolamentazione: presenza di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia;	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Approvazione delle modifiche del contratto originario	RUP	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Modifiche non conformi ai limiti previsti dalla normativa	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli interni di II e III livello sulle attività del RUP; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure e regolamenti aziendali, rivolte a tutto il personale dell'Agenzia;	Basso	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie			
Autorizzazione subappalto e suo monitoraggio	RUP e DEC	2.4 - Contrattualistica (inclusi appalti pubblici)	Prestazioni del subappaltatore non in linea con gli standard stabiliti dal contratto	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli interni di II e III livello sulle attività del RUP; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure e regolamenti aziendali (procedure P.A.C.), rivolte a tutto il personale dell'Agenzia;	Medio	Il livello di discrezionalità e il rischio vengono contenuti dai controlli effettuati	Non necessarie			
Liquidazione delle fatture	DEC, Direttore SC/Responsabile SS, operatori	2.2 - Disposizioni interne	Documenti non conformi alla normativa e alle disposizioni interne o mancanza dei controlli preventivi alla liquidazione	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	A	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli svolti da operatori appartenenti a strutture diversi e nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure e regolamenti aziendali (procedure P.A.C.), che disciplinano ogni fase del processo	Basso	Fase delicata ma mitigata dalle misure in essere	Non necessarie			
Liquidazione incentivi funzioni tecniche (art. 45 D.Lgs. 36/2023) e autorizzazione al pagamento	DEC / RUP	2.2 - Disposizioni interne	Pagamento in modo difforme da quanto stabilito	2	3	6	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: controlli svolti da strutture diverse e nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; Regolamentazione: presenza e applicazione di specifico regolamento aziendale	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Adempimenti obblighi di pubblicità (ANAC, Osservatorio Contratti, Linee guida T&T ecc.)	RUP e operatori	2.6 - Trasparenza	Mancata ottemperanza al principio di trasparenza dell'azione legislativa e amministrativa dell'Agenzia	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; le verifiche periodiche svolte dal RPCT non hanno mai evidenziato casi di mancata pubblicazione	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure aziendali (procedure P.A.C.), rivolte a tutto il personale dell'Agenzia; Trasparenza: rispetto obblighi di pubblicazione e di pubblicità	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Trasparenza: Attuazione ciclo di digitalizzazione dei contratti pubblici (BDNCP), come da D.Lgs. 36/2023 e PNA2023 (e successive indicazioni ANAC)	X A		

SCHEDA PROCESSO

Id)	26	TITOLO DEL PROCESSO	Gestione dei contratti di locazione (passiva) e comodato
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)
		Responsabile	Dirigente SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Acquisizione di immobili in locazione
		input	Esigenza di spazi per lo svolgimento dell'attività istituzionale
		output	Contratto di locazione/comodato

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Verifica con Enti pubblici del territorio per disponibilità di spazi in comodato	Direttore SC	1.9 - Rischio Stakeholder	Mancato coinvolgimento di stakeholder in fase di ricognizione	2	2	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Il Collegio Sindacale non ha mai formulato rilievi	Controllo: coinvolgimento della Direzione Strategica	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Verifica con Agenzia del Demanio per disponibilità di spazi	Dirigente SS	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Mancata istanza all'Agenzia del Demanio	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Il Collegio Sindacale non ha mai formulato rilievi	Controllo: supervisione da parte del dirigente sovraordinato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Ricerca sul mercato immobile in locazione	Dirigente SS	2.6 - Trasparenza	Mancata pubblicazione sul sito della manifestazione di interesse	1	5	5	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Il Collegio Sindacale non ha mai formulato rilievi	Controllo: supervisione da parte del dirigente sovraordinato e coinvolgimento della Direzione Strategica Trasparenza: pubblicazione bando/manifestazione di interesse sul sito Internet dell’Agenzia	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Stesura e stipula contratto (comodato / locazione)	Direttore della struttura / Direttore Generale	2.3 - Adeguatezza documentale	Atto non conforme	1	3	3	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Il Collegio Sindacale non ha mai formulato rilievi	Controllo: supervisione da parte del dirigente sovraordinato; Semplificazione: dematerilizzazione repertorio dei contratti.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Versamento deposito cauzionale	Operatori SC ATP	5.1 - Qualità del servizio	Mancato / intempestivo / non conforme versamento	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Il Collegio Sindacale non ha mai formulato rilievi	Controllo: supervisione da parte del dirigente sovraordinato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Stipula polizza rischio locativo	Direttore SC	5.1 - Qualità del servizio	Mancata / intempestiva stipula	2	4	8	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Il Collegio Sindacale non ha mai formulato rilievi	Controllo: supervisione da parte del dirigente sovraordinato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	27	TITOLO DEL PROCESSO	Gestione della cassa economale
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Acquisto beni e servizi con fondi cassa
		input	Richiesta di acquisto di beni/servizi con fondi cassa
		output	Acquisto e pagamento di beni/servizi con cassa economale

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Nomina dell'agente contabile responsabile del fondo cassa	SC BPFC	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Mancata nomina con atto	1	4		scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai rilevate non conformità; anche i controlli svolti dal Collegio Sindacale (sull'intero processo) hanno attestato la regolarità della gestione	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale (procedure P.A.C.); Controllo: controlli di I realizzati nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; il processo - complessivamente inteso - è oggetto di controllo da parte del Collegio Sindacale;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Costituzione fondo cassa	SC BPFC	2.2 - Disposizioni interne	Mancato rispetto delle tempistiche stabilite	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai verificati casi non conformi	Regolamentazione: presenza e attuazione di procedura aziendale (procedure P.A.C.); Controllo: controlli di I realizzati nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; il processo - complessivamente inteso - è oggetto di controllo da parte del Collegio Sindacale;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Richiesta di pagamento e consegna del contante al richiedente	Agente Contabile o suo delegato	2.2 - Disposizioni interne	Mancato rispetto delle disposizioni interne	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai rilevate non conformità; anche i controlli svolti dal Collegio Sindacale (sull'intero processo) hanno attestato la regolarità della gestione	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale (procedure P.A.C.); Controllo: controlli di I realizzati nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; il processo - complessivamente inteso - è oggetto di controllo da parte del Collegio Sindacale;	Basso	Il rischio viene considerato complessivamente basso in quanto le numerose misure di controllo e di regolamentazione riducono il margine di discrezionalità del decisore interno.	Non necessarie			
Registrazione delle spese effettuate con cassa economale	Agente Contabile o suo delegato	2.5 - Frodi e corruzione	Comportamenti fraudolenti	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai rilevate non conformità; anche i controlli svolti dal Collegio Sindacale (sull'intero processo) hanno attestato la regolarità della gestione	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale (procedure P.A.C.); Controllo: controlli di I realizzati nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; il processo - complessivamente inteso - è oggetto di controllo da parte del Collegio Sindacale;	Basso	Il rischio viene considerato complessivamente basso in quanto le numerose misure di controllo e di regolamentazione riducono il margine di discrezionalità del decisore interno.	Non necessarie			
Ricostituzione fondo cassa e rendicontazione a SC BPFC	Agente Contabile o suo delegato	5.9 - Gestione riscossioni / pagamenti	Possibilità che i processi interni non siano adeguatamente gestiti	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai rilevate non conformità; anche i controlli svolti dal Collegio Sindacale (sull'intero processo) hanno attestato la regolarità della gestione	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale (procedure P.A.C.); Controllo: controlli di I realizzati nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; il processo - complessivamente inteso - è oggetto di controllo da parte del Collegio Sindacale;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY			
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Chiusura annuale della cassa economale e trasmissione del conto giudiziale degli agenti contabili alla SC BPFC	Agente Contabile	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Irregolarità nella predisposizione degli atti amministrativi	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai rilevate non conformità; anche i controlli svolti dal Collegio Sindacale (sull'intero processo) hanno attestato la regolarità della gestione	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale (procedure P.A.C.); Controllo: controlli di I realizzati nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; il processo - complessivamente inteso - è oggetto di controllo da parte del Collegio Sindacale; rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				
Trasmissione dei conti giudiziali degli agenti contabili interni alla competente Sezione della Corte dei Conti, ai sensi dell'art. 139 del Codice di giustizia contabile, adottato con d.lgs. 26 agosto 2016, n. 174	SC BPFC	6.3 - Informativa interna ed esterna	Mancato rispetto delle tempistiche stabilite	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai rilevate non conformità; anche i controlli svolti dal Collegio Sindacale (sull'intero processo) hanno attestato la regolarità della gestione	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedura aziendale (procedure P.A.C.); Controllo: controlli di I realizzati nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; il processo - complessivamente inteso - è oggetto di controllo da parte del Collegio Sindacale; rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				

SCHEDA PROCESSO

Id)	28	TITOLO DEL PROCESSO	Pagamenti Farmacie
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Direzione Sanitaria
		Struttura	SC Servizio Farmaceutico
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Verifiche di carattere contabile finalizzate alla liquidazione delle spettanze alle farmacie
		input	Lista fatture contabilizzate
		output	Report per liquidazione

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO												PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ			
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Ricevimento lista fatture contabilizzate dalla SC BPFC	Operatori SC	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Trasferimento parziale / mancato dei dati	2	4	8	mancaanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni. Non si sono mai verificati casi di perdita di dati.	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo (procedure P.A.C.); Semplificazione: il processo è completamente informatizzato, gestito attraverso applicativi regionali; Controllo: doppio controlli attuati da operatori appartenenti a strutture differenti;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in atto consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore. Le misure si dimostrano adeguate ed efficaci.	Non necessarie				
Controlli e riconciliazione tra DCR - FUR e fatture	Operatori SC	2.2 - Disposizioni interne	Controllo parziale / inefficace ai fini della conciliazione	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo (procedure P.A.C.); Semplificazione: il processo è completamente informatizzato, gestito attraverso applicativi regionali; Controllo: elaborazione di report mensili di monitoraggio della spesa	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in atto consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie				
Controllo fatture SISS	Operatori SC	2.2 - Disposizioni interne	Mancato riscontro di eventuale doppia fatturazione	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo (procedure P.A.C.); Semplificazione: db aziendale per il monitoraggio della fatturazione;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie				
Predisposizione e invio report per la liquidazione alla SC BPFC	Operatori SC	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo (procedure P.A.C.); Semplificazione: il processo è completamente informatizzato, gestito attraverso applicativi regionali (Farma2017); il processo è regolamentato da tempistiche vincolanti stabilite da Regione Lombardia; Controllo: doppio controlli attuati da operatori appartenenti a strutture differenti; rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie				

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Registrazione in contabilità ed emissione ordinativo di pagamento	Operatori SC BPFC	5.1 - Qualità del servizio	Mancato rispetto dei tempi di pagamento	2	3	6	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; i controlli del Collegio Sindacale hanno evidenziato la regolarità della gestione. Inoltre, il rispetto dei tempi di pagamento viene verificato trimestralmente e pubblicato sul sito web aziendale (Amministrazione Trasparente).	Controllo: verifiche a campione; verifiche da parte del Collegio Sindacale; Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio (procedure P.A.C.); Trasparenza: pubblicazione trimestrale dell'indicatore di tempestività dei pagamenti.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure si dimostrano adeguate ed sufficienti.	Non necessarie			
Restituzione di attestato di regolare espletamento dei pagamenti	Operatori SC	6.3 - Informativa interna ed esterna	Mancata restituzione	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo (procedure P.A.C.); Semplificazione: il processo è completamente informatizzato, gestito attraverso applicativi regionali; il processo è regolamentato da tempistiche vincolanti stabilite da Regione Lombardia; Controllo: doppio controlli attuati da operatori appartenenti a strutture differenti; rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			

Area di Rischio
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

SCHEDA PROCESSO

Id)	29	TITOLO DEL PROCESSO		Vigilanza (ISP e IAN)	
AREA DI RISCHIO				GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria		
		Struttura	SC Igiene e Sanità Pubblica – SC Igiene Alimenti e Nutrizione		
		Responsabile	Direttore SC		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività di verifica e controllo del rispetto dell'applicazione dei requisiti cogenti (strutturali, tecnologici, organizzativi, ecc.) previsti dalle normative di settore per l'esercizio dell'attività		
		input	Programmazione / segnalazione		
		output	Verbale / relazione di sopralluogo		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Pianificazione attività (predisposizione e adozione con deliberazione del Piano dei Controlli e trasmissione a Regione Lombardia)	Direttore SC	1.11 - Errata programmazione / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Obiettivi formulati in modo incoerente con la normativa / contesto e irrealistici rispetto alle risorse	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza e applicazione di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; declinazione puntuale nella normativa di riferimento dei criteri e dei risultati quali-quantitativi attesi. Controllo: il Piano è l'output di un processo decisionale al quale concorrono diverse figure afferenti a più strutture dipartimentali, con successivo invio a Regione Lombardia; Trasparenza: pubblicazione del Piano nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi vincoli posti in essere dalla normativa vigente e dalle misure attuate che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
assegnazione delle attività alle equipe	Dirigente Titolare incarico funzione	/ di di 4.8 - Organizzazione e adeguata ripartizione dei compiti	Assegnazione incongruente con la pianificazione / con le risorse	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; Controllo: supervisione dell'attività di assegnazione ad opera del dirigente gerarchicamente sovraordinato; Semplificazione: informatizzazione del processo di assegnazione delle attività alle equipe secondo criteri di rotazione; informatizzazione del processo di assegnazione dei controlli agli operatori e/o monitoraggio composizione équipe, nel rispetto dei criteri della rotazione.	Basso	Le misure attuate si dimostrano efficaci ai fini della riduzione del rischio che, pertanto, può essere considerato basso.	Non necessarie			
Valutazione documentale (se prevista)	Operatori Equipe incaricate	/ 2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Valutazione non coerente con i requisiti normativi	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	A	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Controllo: supervisione documentale effettuata dal responsabile gerarchicamente sovraordinato nel rispetto delle modalità definite dalle procedure aziendali; Conflitto di interessi: dichiarazione da parte dell'operatore in situazione di conflitto e adozione dei provvedimenti da parte del responsabile	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata del processo - in ragione del livello di interesse esterno e della discrezionalità del decisore - le misure in atto concorrono a ridurre significativamente il livello di rischio; particolarmente rilevante, in tal senso, è l'attività di supervisione documentale da parte del responsabile gerarchicamente sovraordinato.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Sopralluogo e relativa verbalizzazione	Operatori / Equipe incaricate	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale ai fini di arrecare indebito vantaggio	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività; Semplificazione: presenza ed utilizzo di check list standardizzate (per alcuni ambiti di attività); informatizzazione del verbale Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Conflitto di interessi: dichiarazione da parte dell'operatore in situazione di conflitto e adozione dei provvedimenti da parte del responsabile Rotazione: variazione della composizione delle equipe, variazione dell'assegnazione dei territori / attività alle equipe; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Medio	Pur trattandosi di una fase delicata del processo - in ragione del livello di interesse esterno e della discrezionalità del decisore - le misure in atto concorrono a ridurre significativamente il livello di rischio; particolarmente significative sono le misure di rotazione. Ciò consente di classificare il livello di rischio come basso.	Non necessarie			
Registrazione attività nell'applicativo aziendale	Operatore / Equipe incaricate	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività / incongruità nella registrazione dell'attività svolta	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza e attuazione di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività; Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento); la congruenza e la tempestività delle registrazioni sono oggetto di controllo da parte di un settore "terzo" rispetto alle strutture dipartimentali, con invio di reportistica e di alert	Basso	Le misure attuate si dimostrano efficaci ai fini della riduzione del rischio che, pertanto, può essere considerato basso.	Non necessarie			
Redazione verbale di contestazione e notifica, in caso di accertata violazione	Operatore / Equipe incaricate	5.1 - Qualità del servizio	Mancato rispetto dei termini stabiliti dalla normativa per l'emissione del verbale	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza ed attuazione di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento) verificato dal responsabile gerarchicamente sovraordinato;	Basso	Le misure attuate si dimostrano efficaci ai fini della riduzione del rischio che, pertanto, può essere considerato basso.	Non necessarie			
Registrazione della contestazione nel registro informatico	Operatore / Equipe incaricate	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività / incongruità nella registrazione dell'attività svolta	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza ed attuazione di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento); la congruenza e la tempestività delle registrazioni sono oggetto di controllo da parte di un settore "terzo" rispetto alle strutture dipartimentali, con invio di reportistica e di alert	Basso	Le misure attuate si dimostrano efficaci ai fini della riduzione del rischio che, pertanto, può essere considerato basso.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Accertamento pagamento della sanzione in misura ridotta e registrazione	Operatore incaricato	5.1 - Qualità del servizio	Mancato controllo con pregiudizio della possibilità di riscossione	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza ed attuazione di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: controlli effettuati da differenti strutture aziendali su questa fase di processo; Semplificazione: informatizzazione dello scadenziario con accesso multiplo da parte di più strutture aziendali coinvolte nel processo;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			
Attivazione della procedura sanzionatoria (L. 689/81) in caso di mancato pagamento	Operatore incaricato	2.2 - Disposizioni interne	Mancato controllo con pregiudizio della possibilità di riscossione	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: controlli effettuati da differenti strutture aziendali su questa fase di processo; Semplificazione: informatizzazione dello scadenziario con accesso multiplo da parte di più strutture aziendali coinvolte nel processo; dematerializzazione del processo sanzionatorio ex L.689/81.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	30	TITOLO DEL PROCESSO	Vigilanza non programmata (ISP e IAN)
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria
		Struttura	SC Igiene e Sanità Pubblica – SC Igiene Alimenti e Nutrizione
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività di verifica e controllo non programmata del rispetto dell'applicazione dei requisiti cogenti (strutturali, tecnologici, organizzativi, ecc.) previsti dalle normative di settore per l'esercizio dell'attività
		input	Segnalazione / istanza
		output	Verbale / relazione di sopralluogo

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricezione diretta dell'istanza / segnalazione da parte dell'operatore della struttura	Operatori della struttura	4.9 – Comunicazio ne	Mancata o parziale comunicazione al coordinatore/dirigente della struttura	2	3	6	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	M	B	M	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Semplificazione: informatizzazione del processo di protocollazione delle richieste in entrata. Conflitto di interessi: dichiarazione da parte dell'operatore in situazione di conflitto e adozione dei provvedimenti da parte del responsabile Controllo: ricezione delle istanze ai recapiti istituzionali dell'Agenzia.	Basso	Le misure attuate si dimostrano efficaci ai fini della riduzione del rischio che, pertanto, può essere considerato basso.	Non necessarie			
Assegnazione delle attività alle equipe / operatore	Dirigente Titolare incarico di funzione	4.8 - Organizzazion e e adeguata ripartizione dei compiti	Assegnazione incongruente con le risorse / ambiti di attività	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione e assegnazione dei controlli; Controllo: autorizzazione da parte del titolare di incarico di funzione /dirigente alla presa in carico dell'istanza; supervisione dell'attività di assegnazione ad opera del dirigente gerarchicamente sovraordinato; Semplificazione: informatizzazione del processo di assegnazione delle attività alle équipe secondo criteri di rotazione.	Basso	Le misure attuate si dimostrano efficaci ai fini della riduzione del rischio che, pertanto, può essere considerato basso.	Non necessarie			
Valutazione documentale (se prevista)	Operatori / Equipe incaricate	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Valutazione non coerente con i requisiti normativi	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	A	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Controllo: supervisione documentale effettuata dal responsabile gerarchicamente sovraordinato nel rispetto delle modalità definite dalle procedure aziendali; Conflitto di interessi: dichiarazione da parte dell'operatore in situazione di conflitto e adozione dei provvedimenti da parte del responsabile	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata del processo - in ragione del livello di interesse esterno e della discrezionalità del decisore - le misure in atto concorrono a ridurre significativamente il livello di rischio; particolarmente rilevante, in tal senso, è l'attività di supervisione documentale da parte del responsabile gerarchicamente sovraordinato.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Sopralluogo e relativa verbalizzazione	Operatori / Equipe incaricate	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale ai fini di arrecare indebito vantaggio	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività; Semplificazione: presenza ed utilizzo di check list standardizzate (per alcuni ambiti di attività); informatizzazione del verbale Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Conflitto di interessi: dichiarazione da parte dell'operatore in situazione di conflitto e adozione dei provvedimenti da parte del responsabile Rotazione: variazione della composizione delle equipe, variazione dell'assegnazione dei territori / attività alle equipe; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Medio	Pur trattandosi di una fase delicata del processo - in ragione del livello di interesse esterno e della discrezionalità del decisore - le misure in atto concorrono a ridurre significativamente il livello di rischio; particolarmente significative sono le misure di rotazione.	Non necessarie			
Registrazione attività nell'applicativo aziendale	Operatore / Equipe incaricate	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività / incongruità nella registrazione dell'attività svolta	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza e attuazione di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività; Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento); la congruenza e la tempestività delle registrazioni sono oggetto di controllo da parte di un settore "terzo" rispetto alle strutture dipartimentali, con invio di reportistica e di alert	Basso	Le misure attuate si dimostrano efficaci ai fini della riduzione del rischio che, pertanto, può essere considerato basso.	Non necessarie			
Redazione verbale di contestazione e notifica, in caso di accertata violazione	Operatore / Equipe incaricate	5.1 - Qualità del servizio	Mancato rispetto dei termini stabiliti dalla normativa per l'emissione del verbale	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza ed attuazione di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento) verificato dal responsabile gerarchicamente sovraordinato;	Basso	Le misure attuate si dimostrano efficaci ai fini della riduzione del rischio che, pertanto, può essere considerato basso.	Non necessarie			
Registrazione contestazione della nel registro informatico	Operatore / Equipe incaricate	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività / incongruità nella registrazione dell'attività svolta	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza ed attuazione di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento); la congruenza e la tempestività delle registrazioni sono oggetto di controllo da parte di un settore "terzo" rispetto alle strutture dipartimentali, con invio di reportistica e di alert	Basso	Le misure attuate si dimostrano efficaci ai fini della riduzione del rischio che, pertanto, può essere considerato basso.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Accertamento pagamento della sanzione in misura ridotta e registrazione	Operatore incaricato	5.1 - Qualità del servizio	Mancato controllo con pregiudizio della possibilità di riscossione	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza ed attuazione di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: controlli effettuati da differenti strutture aziendali su questa fase di processo; Semplificazione: informatizzazione dello scadenziario con accesso multiplo da parte di più strutture aziendali coinvolte nel processo;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			
Attivazione della procedura sanzionatoria (L. 689/81) in caso di mancato pagamento	Operatore incaricato	2.2 - Disposizioni interne	Mancato controllo con pregiudizio della possibilità di riscossione	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: controlli effettuati da differenti strutture aziendali su questa fase di processo; Semplificazione: informatizzazione dello scadenziario con accesso multiplo da parte di più strutture aziendali coinvolte nel processo; dematerializzazione del processo sanzionatorio ex L.689/81.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	31	TITOLO DEL PROCESSO	Vigilanza PSAL e applicazione sanzioni pecuniarie (D.Lgs. 758/1994 e art. 301 bis D.Lgs. 81/2008)		
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria		
		Struttura	SC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro		
		Responsabile	Direttore SC		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività di verifica e controllo del rispetto dell'applicazione dei requisiti cogenti (strutturali, tecnologici, organizzativi, ecc.) previsti dalle normative di settore per l'esercizio dell'attività		
		input	Programmazione / segnalazione		
		output	Verbale / relazione di sopralluogo		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Pianificazione attività (predisposizione e adozione con deliberazione del Piano dei Controlli e trasmissione a Regione Lombardia)	Direttore SC	1.11 - Errata programmazione / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Obiettivi formulati in modo incoerente con la normativa / contesto e irrealistici rispetto alle risorse	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza ed attuazione di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; declinazione puntuale nella normativa di riferimento dei criteri e dei risultati quali-quantitativi attesi. Controllo: il Piano è l'output di un processo decisionale al quale concorrono diverse figure afferenti a più strutture dipartimentali, con successivo invio a Regione Lombardia; Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione del Piano nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi vincoli posti in essere dalla normativa vigente e dalle misure attuate che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
assegnazione delle attività alle equipe	Dirigente Titolare incarico funzione / di di	4.8 - Organizzazione e adeguata ripartizione dei compiti	Assegnazione incongruente con la pianificazione / con le risorse	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza ed attuazione di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; Rotazione: l'attività viene assegnata alle équipe nel rispetto dei criteri della rotazione; Controllo: supervisione dell'attività di assegnazione ad opera del dirigente gerarchicamente sovraordinato; Conflitto di interessi: dichiarazione da parte dell'operatore in situazione di conflitto e adozione dei provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Basso	Le misure attuate si dimostrano efficaci ai fini della riduzione del rischio che, pertanto, può essere considerato basso.	Non necessarie			
Valutazione documentale (se prevista)	Operatori Equipe incaricate /	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Valutazione non coerente con i requisiti normativi	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	A	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza ed attuazione di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Controllo: supervisione documentale effettuata dal responsabile gerarchicamente sovraordinato, nel rispetto delle modalità definite dalle procedure aziendali; Conflitto di interessi: dichiarazione da parte dell'operatore in situazione di conflitto e adozione dei provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata del processo - in ragione del livello di interesse esterno e della discrezionalità del decisore - le misure in essere concorrono a ridurre significativamente il livello di rischio; particolarmente rilevante, in tal senso, è l'attività di supervisione documentale da parte del responsabile gerarchicamente sovraordinato.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Sopralluogo e relativa verbalizzazione	Operatori / Equipe incaricate	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale ai fini di arrecare indebito vantaggio	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza ed attuazione di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione e di check list standardizzate (per alcuni ambiti di attività); Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Rotazione: variazione della composizione delle equipe, variazione dell'assegnazione dei territori / attività alle equipe; Conflitto di interessi: dichiarazione da parte dell'operatore in situazione di conflitto e adozione dei provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata del processo - in ragione del livello di interesse esterno e della discrezionalità del decisore - le misure in atto concorrono a ridurre significativamente il livello di rischio; particolarmente significative sono le misure di rotazione. Ciò consente di classificare il livello di rischio come basso.	Non necessarie			
Registrazione attività nell'applicativo aziendale	Operatore / Equipe incaricate	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività / incongruità nella registrazione dell'attività svolta	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Controllo: la congruenza e la tempestività delle registrazioni sono oggetto di controllo da parte di un settore "terzo" rispetto alle strutture dipartimentali, con invio di reportistica e di alert	Basso	Le misure attuate si dimostrano efficaci ai fini della riduzione del rischio che, pertanto, può essere considerato basso.	Non necessarie			
Redazione verbale di prescrizioni e notifica, in caso di accertata contravvenzione	Operatore / Equipe incaricate	5.1 - Qualità del servizio	Mancato rispetto dei termini stabiliti dalla normativa per l'emissione del verbale	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento); il rispetto della tempistica viene assicurato attraverso il controllo effettuato dal responsabile gerarchicamente sovraordinato;	Basso	Le misure attuate si dimostrano efficaci ai fini della riduzione del rischio che, pertanto, può essere considerato basso.	Non necessarie			
Verifica delle prescrizioni e ammissione al pagamento	Operatore / Equipe incaricate	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale ai fini di arrecare indebito vantaggio	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione e di check list standardizzate (per alcuni ambiti di attività); Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Controllo: supervisione documentale effettuata dal responsabile gerarchicamente sovraordinato, nel rispetto delle modalità definite dalle procedure aziendali; rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento); Semplificazione: informatizzazione del processo di pagamento tramite PagoPA	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata del processo - in ragione del livello di interesse esterno e della discrezionalità del decisore - le misure in essere concorrono a ridurre significativamente il livello di rischio; particolarmente significative sono le misure di rotazione. Ciò consente di classificare il livello di rischio come basso.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Registrazione del verbale di prescrizioni nel registro informatico	Operatore / Equipe incaricate	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività / incongruità nella registrazione dell'attività svolta	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati avviati o sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti dei controlli interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano le modalità di svolgimento dell'attività di pianificazione; Formazione: è codificato un percorso di inserimento del neoassunto che prevede l'addestramento; Controllo: la congruenza e la tempestività delle registrazioni sono oggetto di controllo da parte di un settore "terzo" rispetto alle strutture dipartimentali, con invio di reportistica e di alert	Basso	Le misure attuate si dimostrano efficaci ai fini della riduzione del rischio che, pertanto, può essere considerato basso.	Non necessarie			
Accertamento pagamento della sanzione in misura ridotta e registrazione	Operatore incaricato	5.1 - Qualità del servizio	Mancato controllo con pregiudizio della possibilità di riscossione	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: controlli effettuati da differenti strutture aziendali su questa fase di processo; rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento);	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			
Comunicazione all'Autorità Giudiziaria per la proposta di archiviazione	Operatore / Equipe incaricate	5.1 - Qualità del servizio	Mancata comunicazione	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni. Non si sono mai verificati casi di mancata comunicazione entro in termini previsti.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; attività vincolata da una normativa stringente; Controllo: supervisione effettuata da parte del responsabile gerarchicamente sovraordinato; Misura di Semplificazione: informatizzazione dello scadenziario;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			
In caso di mancata ottemperanza alle prescrizioni / mancato pagamento, comunicazione al contravventore e all'Autorità Giudiziaria per gli adempimenti di competenza	Operatore / Equipe incaricate	5.1 - Qualità del servizio	Mancata comunicazione	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni. Non si sono mai verificati casi di mancata comunicazione entro in termini previsti.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: supervisione effettuata da parte del responsabile gerarchicamente sovraordinato; comunicazione all'autorità giudiziaria per mancata ottemperanza al pagamento (100%); Semplificazione: informatizzazione dello scadenziario con accesso multiplo da parte di più strutture aziendali coinvolte nel processo;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	32	TITOLO DEL PROCESSO	Esame ricorsi ai sensi art. 41, comma 9 D.Lgs. 81/2008		
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria		
		Struttura	SC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro		
		Responsabile	Direttore SC		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività di verifica e controllo del rispetto dell'applicazione dei requisiti cogenti (strutturali, tecnologici, organizzativi, ecc.) previsti dalle normative di settore per l'esercizio dell'attività		
		input	Programmazione / segnalazione		
		output	Verbale / relazione di sopralluogo		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricezione e assegnazione del caso	Responsabile SS / operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività nell'avvio dell'istruttoria	2	4	8	scarsa responsabilizzazione interna;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Rotazione: assegnazione del caso ad operatori individuati nel rispetto dei criteri di rotazione; Conflitto di interessi: dichiarazione da parte dell'operatore in situazione di conflitto e adozione dei provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			
Valutazione documentale, con eventuale richiesta di integrazione (ove necessario)	Dirigente Medico incaricato	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale ai fini di arrecare indebito vantaggio	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Rotazione: assegnazione del caso ad operatori individuati nel rispetto dei criteri di rotazione; Controllo: la valutazione è sottoposta al controllo del Collegio Medico	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			
Accertamento Collegiale (comprensivo di eventuale sopralluogo presso il luogo di lavoro, se necessario) ed emissione parere	Collegio Medico	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Accertamento non congruo con possibile pregiudizio per il ricorrente e danno reputazionale per l'Agenzia	1	5	5	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Rotazione: composizione variabile del collegio, con il coinvolgimento di operatori individuati nel rispetto dei criteri di rotazione; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Medio	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio medio, considerata la discrezionalità derivante dalla valutazione clinica e dal rischio mansionale. Il rischio viene accettato, non sussistendo la possibilità di attivare ulteriori misure rispetto a quelle già in essere ad ulteriore abbattimento del livello di rischio residuo.	Non necessarie			
Registrazione dell'attività nell'applicativo aziendale	Operatore incaricato	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività nella registrazione	2	3	6	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	33	TITOLO DEL PROCESSO	Attività analitica
AREA DI RISCHIO			GENERALE: - controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria
		Struttura	SSD Laboratorio di Prevenzione di Agenzia
		Responsabile	Responsabile SSD
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Emissione del rapporto di prova
		input	Analisi del campione
		output	Emissione del rapporto di prova

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO												PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ			
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Accettazione del campione	Operatori della struttura	4.1 Competenze	Accettazione campione non idoneo / Rifiuto di campione idoneo / Utilizzo di strumenti non tarati per l'accettazione del campione	1	4	4	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto Scarsa responsabilizzazione interna Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	M	A	B	B	M	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; le modalità di accettazione dei campioni sono inoltre descritte nel Contratto tecnico anno 2024 tra Rete dei Laboratori di Prevenzione e i servizi del Dipartimento di Igiene e prevenzione di ATS Val Padana; Formazione: partecipazione di tutti gli operatori a corsi di formazione specifici; Semplificazione: processo completamente informatizzato;	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie				
		2.2 Disposizioni interne		1	4	4																
		5.1 Qualità del servizio		1	4	4																
Conservazione del campione	Operatori della struttura	5.1 Qualità del servizio	Utilizzo di strumenti non manutentati / tarati per la conservazione del campione / Smarrimento del campione	1	5	5	Scarsa responsabilizzazione interna Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; le modalità di conservazione dei campioni sono inoltre descritte nel Contratto tecnico anno 2024 tra Rete dei Laboratori di Prevenzione e i servizi del Dipartimento di Igiene e prevenzione di ATS Val Padana; Formazione: partecipazione di tutti gli operatori a corsi di formazione specifici;	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie				
		2.8 Ambiente, salute e sicurezza		1	5	5																
Inserimento informazioni del verbale in sw	Operatori della struttura	5.1 Qualità del servizio	Errato inserimento dei dati riportati sul verbale / Anagrafiche errata nel database	2	5	10	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	B	A	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: processo completamente informatizzato; Formazione: partecipazione di tutti gli operatori a corsi di formazione specifici; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato.	MEDIO	Il livello di rischio rilevato risulta essere medio in relazione alla probabilità di “errore umano” in questa fase; tuttavia le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie				
		3.1 Integrità e sicurezza dei dati		2	5	10																
Identificazione del campione	Operatori della struttura	3.2 Disponibilità dei sistemi informativi	Identificazione errata del campione / perdita del campione / sostituzione el campione / impossibilità a tracciare il campione	2	5	10	Indeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di	M	A	B	B	M	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: processo completamente informatizzato;	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie				
		4.1 Competenze		1	5	5																
		5.1 Qualità del servizio		1	5	5																

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO													PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY				
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027		
							pochi o di un unico soggetto																
Identificazione del metodo	Operatori della struttura	5.1 Qualità del servizio	Utilizzo di un metodo errato	2	5	10	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	B	A	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo e Piano Controlli DIPS; Formazione: partecipazione di tutti gli operatori a corsi di formazione specifici; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato.	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie					
Stato di aggiornamento del metodo	Responsabile Qualità LP	2.1 Normativa	Mancato aggiornamento di un metodo / Mancato recepimento degli aggiornamenti normativi	2	5	10	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	B	A	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo;	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie					
Qualificazione del personale	Responsabile LP	4.1 Competenze ripartizione dei compiti	Prova eseguita da personale non abilitato	1	5	5	Inadeguato disegno dei processi, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività	B	A	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Formazione: partecipazione di tutti gli operatori a corsi di formazione specifici; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato; il processo di accreditamento regionale, prevede l'effettuazione di un programma di controlli di qualità sull'attività analitica del Laboratorio.	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie					
		4.8 Organizzazione e adeguata		1	5	5																	
Validazione dei fogli di calcolo	Responsabile Qualità LP	2.3 Adeguatezza documentale	Utilizzo di fogli di calcolo non conformi	2	5	10	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	B	A	B	M	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: controlli incrociati e supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato.	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie					
Qualità dei materiali / forniture	Responsabile Qualità LP / Responsabile LP	5.3 Gestione dei provider esterni, incarichi, acquisti, contratti di servizi	Utilizzo di terreni / reagenti non conformi/ non certificati	1	5	5	Visone di breve periodo nelle strategie delle aziende fornitrici di beni o servizi Assenza o eccessivo tasso di concorrenza nel mercato che favorisce comportamenti sleali	M	A	B	M	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo;	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie					
Taratura degli strumenti	Responsabile conferma metrologica	2.2 Disposizioni interne	Utilizzo di strumento con certificato di taratura scaduto	1	5	5	Scarsa responsabilizzazione interna	B	A	B	M	M	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato (responsabile metrologico)	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie					
		5.1 Qualità del servizio		1	5	5																	
Condizioni ambientali	Operatori della struttura	2.2 Disposizioni interne	Mancata applicazione delle procedure di sanificazione ambientale	1	5	5	Scarsa responsabilizzazione interna	B	M	B	M	M	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Formazione: partecipazione di tutti gli operatori a corsi di formazione specifici;	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie					
		5.1 Qualità del servizio		2	5	10																	
		2.8 Ambiente, salute e sicurezza		2	5	10																	
		4.1 Competenze		1	5	5																	

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Esecuzione della prova	Operatori della struttura	4.1 Competenze	Errata esecuzione della prova	2	5	10	Indeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	M	A	B	A	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo, che prevede il concorso di più figure professionali; presenza di accreditamento regionale; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato Rotazione: rotazione settimanale dell'attività di laboratorio Formazione: partecipazione di tutti gli operatori a corsi di formazione specifici;	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie			
Analisi/lettura dei risultati	Operatori della struttura	4.1 Competenze	Errata lettura / interpretazione dei risultati	2	5	10	Indeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	A	A	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo, che prevede il concorso di più figure professionali; presenza di accreditamento regionale; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato Formazione: partecipazione di tutti gli operatori a corsi di formazione specifici;	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie			
Appicazione incertezza di misura	Operatori della struttura	4.1 Competenze/	Errata applicazione dell'incertezza di misura	1	5	5	Indeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	M	A	B	M	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo, che prevede il concorso di più figure professionali; presenza di accreditamento regionale; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie			
		5.1 Qualità del servizio		2	5	10															
Inserimento dati di calcolo e risultati e Stampa rdp	Operatori della struttura	3.1 Integrità e sicurezza dei dati	Errato inserimento dei dati Perdita dei dati	2	5	10	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	B	B	B	M	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo, che prevede il concorso di più figure professionali; presenza di accreditamento regionale; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato Formazione: partecipazione di tutti gli operatori a corsi di formazione specifici;	MEDIO	Il livello di rischio rilevato risulta essere medio in relazione alla probabilità di “errore umano” in questa fase; tuttavia, le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie			
		3.2 Disponibilità dei sistemi informativi		2	5	10															
		4.1 Competenza		1	5	5															
Controllo responsabile sezione	Responsabile sezione	4.7 Abuso di potere / conflitto di interesse	Superficialità nel controllo del rdp Alterazione dei dati	1	5	5	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	B	M	B	B	M	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie			
		6.5 Valutazione del sistema di controllo interno		1	5	5															
		4.1 Competenze		1	5	5															
Validazione responsabile sezione	Responsabile sezione	4.4 Deleghe e procure	Validazione di rdp errato Validazione di rdp da personale non autorizzato	1	5	5	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non	Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
		4.7 Abuso di potere / conflitto di interesse		1	5	5	pochi o di un unico soggetto							sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.							
Firma responsabile LP	Responsabile LP	4.7 abuso di potere/conflitt o di interesse	Mancato controllo Firma senza autorizzazione Manomissione di dati	1	5	5	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie			
		5.1 qualità del servizio		1	5	5															
Invio del rdp al destinatario	Operatori della struttura	3.1 Integrità e sicurezza dei dati	Trasmissione del rdp a destinatario errato	2	5	10	Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono mai state rilevate criticità nell'ambito dei controlli interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: supervisione effettuata dal livello gerarchico sovraordinato Semplificazione: processo completamente informatizzato;	BASSO	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio	Non necessarie			
		2.9 Privacy		2	5	10															

SCHEDA PROCESSO

Id)	34	TITOLO DEL PROCESSO	Gestione emergenze epidemiche (ed eventuale erogazione indennità di abbattimento)	
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale	
		Struttura	SC Area A, B, C – Distretti Veterinari	
		Responsabile	Direttore di Dipartimento / Distretto Veterinario	
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Interventi e controlli in caso di manifestazione di malattie infettive a carattere zoonosico ed epizootico	
		input	Segnalazione di sospetto	
		output	Misure di contenimento ed eradicazione	

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricezione e valutazione segnalazione malattie animali a carattere diffusivo e contagioso	Direttore Distretto Veterinario	5.1 - Qualità del servizio	Intemperività	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono stati rilevati casi di intemperività nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e manuali operativi ministeriali e Piano Nazionale per le Emergenze di Tipo Epidemico che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: alla valutazione concorrono figure aziendali gerarchicamente sovraordinate e dirigenti della struttura regionale di riferimento (se i focolai interessano più allevamenti, UCL composta da dir. DVSA, direttori Aree, direttori distretti, IZSLER ecc.); sensibilizzazione e partecipazione: organizzazione periodica di riunioni informative, sia con il personale, sia con gli stakeholder del territorio	Basso	Le misure di controllo in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore	Non necessarie			
Avvio dell'indagine (sospetto) e attivazione programmi di emergenza	Direttore Distretto Veterinario (o Unità di Crisi Locale_ UCL_ se i focolai interessano più allevamenti)	5.1 - Qualità del servizio	Intemperività	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono stati rilevati casi di intemperività nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e manuali operativi ministeriali e Piano Nazionale per le Emergenze di Tipo Epidemico che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: alla valutazione concorrono figure aziendali gerarchicamente sovraordinate e dirigenti della struttura regionale di riferimento (se i focolai interessano più allevamenti, UCL composta da dir. DVSA, direttori Aree, direttori distretti, IZSLER ecc.); rispetto tempi procedurali stabiliti nell'ambito delle procedure aziendali; sensibilizzazione e partecipazione: organizzazione periodica di riunioni informative, sia con il personale, sia con gli stakeholder del territorio	Basso	Le misure di controllo in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)			IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO												PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY				
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027		
Emissione ordinanze e istituzione zone di protezione	Direttore Dipartimento Veterinario (coordinamento di UCL, se i focolai interessano più allevamenti)	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Individuazione non completa delle zone di protezione per arrecare vantaggio a soggetti privati	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono stati rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e manuali operativi ministeriali e Piano Nazionale per le Emergenze di Tipo Epidemico che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: alla valutazione concorrono figure aziendali gerarchicamente sovraordinate e dirigenti della struttura regionale di riferimento (se i focolai interessano più allevamenti, UCL composta da dir. DVSA, direttori Aree, direttori distretti, IZSLER ecc.); sensibilizzazione e partecipazione: organizzazione periodica di riunioni informative, sia con il personale, sia con gli stakeholder del territorio; Semplificazione: l'informatizzazione del processo comporta la definizione automatica delle zone di protezione attraverso l'applicativo dedicato	Basso	Le misure di controllo in atto si dimostrano efficaci per circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore	Non necessarie					
Censimenti e rintracci (prodotti, animali, ecc.)	Direttore SC distrettuale e un tecnico prevenzione o due veterinari da lui delegati più un rappresentante associazioni allevatori	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Errata classificazione di animali e/o prodotti ai fini di avvantaggiare indebitamente soggetti privati	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono stati rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e manuali operativi ministeriali e Piano Nazionale per le Emergenze di Tipo Epidemico che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: il censimento è svolto da più operatori con componente extra aziendale, i dati sono registrati in applicativo ministeriale; Semplificazione: anagrafiche informatizzate e banche dati che consentono il controllo incrociato ai fini di verificare la correttezza della classificazione; tracciabilità delle operazioni di censimento; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Basso	Pur trattandosi di una fase del processo che prevede potenzialmente un discreto margine di discrezionalità, le misure di prevenzione in atto si rivelano efficaci ai fini della riduzione del livello di rischio che, pertanto, viene ritenuto non particolarmente critico.	Non necessarie					
Attivazione servizi e mezzi per l'estinzione del focolaio	Operatori, operatori degli SCApprovvigionamenti	5.1 – Qualità del servizio	Intemperività nell'attivazione dei fornitori	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono stati rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo (procedure P.A.C.); Controllo: supervisione da parte del dirigente gerarchicamente sovraordinato e del DEC; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Basso	Le misure di controllo in atto si dimostrano efficaci ai fini del contenimento del rischio.	Non necessarie					
Verifica abbattimento, distruzione e smaltimento animali infetti	Veterinario responsabile del focolaio (coordinamento di UCL, se i focolai interessano più allevamenti)	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Controllo parziali / inefficaci rispetto a quanto previsto dalla normativa	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono stati rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e manuali operativi ministeriali e Piano Nazionale per le Emergenze di Tipo Epidemico che disciplinano ogni fase del processo; il metodo di abbattimento è definito a monte, in sede di formulazione del piano d'azione (predisposto in ambito di UCL); Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile Controllo: i controlli sono effettuati da un'équipe di operatori (non da un singolo);	Basso	Le misure di controllo in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore	Non necessarie					

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Revoca misure di polizia veterinaria (previa verifica) e notifica estinzione focolaio	Direttore Distretto Veterinario / Direttore Dipartimento Veterinario	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Revoca non supportata da evidenze, per arrecare vantaggio a soggetti privati	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono stati rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e manuali operativi ministeriali e Piano Nazionale per le Emergenze di Tipo Epidemico che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: alla valutazione concorrono figure gerarchicamente sovraordinate; sensibilizzazione e partecipazione: organizzazione periodica di riunioni informative, sia con il personale, sia con gli stakeholder del territorio; Semplificazione: l'informatizzazione del processo comporta la definizione automatica delle zone di protezione	Basso	Le misure di controllo in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore	Non necessarie			
Verifica della sussistenza dei presupposti per il riconoscimento del diritto all'indennità di erogazione	Direttore Distretto Veterinario	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono stati rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e manuali operativi ministeriali e Piano Nazionale per le Emergenze di Tipo Epidemico che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: alla valutazione concorrono figure aziendali gerarchicamente sovraordinate e dirigenti di altre strutture aziendali;	Medio	Poiché l'ambito di discrezionalità è condizionato dalle rilevazioni verbale da chi ha agito nel focolaio, il rischio in questa fase viene considerato contenuto.	Non necessarie			
Determinazione indennità da corrispondere con predisposizione e proposta di provvedimento di erogazione	Direttore Distretto Veterinario	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Errata parametrizzazione	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono stati rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e manuali operativi ministeriali e Piano Nazionale per le Emergenze di Tipo Epidemico che disciplinano ogni fase del processo; standardizzazione dei provvedimenti di indennizzo; Controllo: alla valutazione concorrono figure aziendali gerarchicamente sovraordinate e figure extra aziendali; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Medio	Le misure di controllo e di regolamentazione in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore	Non necessarie			
(Liquidazione) Erogazione indennità di abbattimento a fronte di specifico provvedimento	Operatori della struttura e Operatori BPFC	5.1 - Qualità del servizio	Mancato rispetto dei tempi di pagamento	2	3	6	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; i controlli del Collegio Sindacale hanno evidenziato la regolarità della gestione. Inoltre, il rispetto dei tempi di pagamento viene verificato trimestralmente e pubblicato sul sito web aziendale (Amministrazione Trasparente)	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali sia per gli operatori della struttura, sia per gli operatori dei settori amministrativi (procedure P.A.C.) controllo: verifiche a campione; verifiche da parte del Collegio Sindacale; Trasparenza: pubblicazione provvedimento;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure in atto si dimostrano efficaci e sufficienti.	Non necessarie			
Rendicontazione a Regione Lombardia	Direttore Dipartimento Veterinario	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Mancato / incompleto caricamento dei dati	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono stati rilevate criticità nel corso di audit interni, né sono state evidenziate carenze da parte degli uffici regionali competenti.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e manuali operativi ministeriali e Piano Nazionale per le Emergenze di Tipo Epidemico che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: informatizzazione del processo di rendicontazione attraverso specifico applicativo regionale, con controllo incrociato dei dati da diversi db.	Basso	Le misure di controllo in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	35	TITOLO DEL PROCESSO	Controllo Ufficiale
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale
		Struttura	SC Area A, B, C – Distretti Veterinari
		Responsabile	Direttore di Dipartimento / Distretto Veterinario
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività di verifica della conformità ai requisiti normativi
		input	Programmazione / segnalazione
		output	Rapporto del Controllo Ufficiale

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Programmazione annuale attività di controllo ufficiale (PIAPV) e pianificazione	Direttore Dipartimento con Aree, funzioni e Comitato Dipartimento	1.11 - Errata programmazione / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Mancato recepimento di indicazioni	1	2	2	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni. Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: nella programmazione sono coinvolti molti operatori	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate ai fini del contenimento del livello di rischio.	Non necessarie			
Assegnazione attività agli operatori / équipe	Direttore Distretto Veterinario / Responsabile SS	4.8 - Organizzazione e adeguata ripartizione dei compiti	Mancata applicazione del principio di rotazione (o sue misure alternative)	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni. Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Rotazione: l'attività agli operatori / équipe viene assegnata nel rispetto dei criteri della rotazione; Regolamentazione: presenza di specifico Regolamento aziendale sulla rotazione del personale veterinario;	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate a ridurre il livello di rischio.	Non necessarie			
Esecuzione dell'attività (campionamento, ispezione, audit) e redazione verbale	Operatori incaricati	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	M	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza. È in atto un procedimento disciplinare ed è in corso un'indagine istruttoria da parte dell'Autorità Giudiziaria.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, che disciplinano ogni fase del processo; Utilizzo di check list standard per l'effettuazione di controlli; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile; Controllo: valutazione collegiale effettuata dai componenti dell'équipe; effettuazione di audit interni, supervisioni e verifiche documentali distrettuali e dipartimentali Formazione: organizzazione di numerosi incontri formativi / informativi sulla corretta gestione del processo, rivolti a tutto il personale Semplificazione: dematerializzazione della verbalizzazione dei controlli ufficiali	Medio	Pur prevedendo la presente fase un margine di discrezionalità medio e, contestualmente, un livello di interesse esterno elevato, la presenza di più soggetti (scelti nel rispetto dei criteri di rotazione ed assenza del conflitto di interessi) riduce in misura significativa l'arbitrarietà della valutazione.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Adozione provvedimenti in caso di irregolarità / criticità	Operatori incaricati / Direttore Distretto	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	M	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza. È in atto un procedimento disciplinare ed è in corso un'indagine istruttoria da parte dell'Autorità Giudiziaria.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e ministeriali che disciplinano ogni fase del processo; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile; Controllo: valutazione collegiale effettuata dai componenti dell'équipe; effettuazione di audit interni, supervisioni e verifiche documentali distrettuali e dipartimentali; Formazione: organizzazione di numerosi incontri formativi / informativi sulla corretta gestione del processo, rivolti a tutto il personale	Medio	Pur prevedendo la presente fase un margine di discrezionalità medio e, contestualmente, un livello di interesse esterno elevato, la presenza di più soggetti (scelti nel rispetto dei criteri di rotazione ed assenza del conflitto di interessi) riduce in misura significativa l'arbitrarietà della valutazione.				
Registrazione negli applicativi regionali e aziendali e attività di verifica successive	Operatori incaricati	2.2 - Disposizioni interne	Rendicontazione parziale / errata / incompleta	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali e regionali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: attività svolta da più operatori con supervisione incrociata; effettuazione di audit interni, supervisioni e verifiche documentali distrettuali e dipartimentali; verifica dell'avvenuto pagamento da parte dell'agente accertatore;	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate a ridurre il livello di rischio.	Non necessarie			
Monitoraggio e verifica attività/risultati	Direttore Dipartimento / Direttore Distretto Veterinario / Responsabile SS	2.2 - Disposizioni interne	Mancato rispetto dei criteri di monitoraggio previsti dalle procedure aziendali	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali e regionali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: attività di supervisione svolta dal livello gerarchicamente sovraordinato nel rispetto delle modalità definite dalle procedure aziendali;	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate a ridurre il livello di rischio.	Non necessarie			
Rendicontazione	Direttore Dipartimento	6.3 - Informativa interna ed esterna	Rendicontazione parziale / errata / incompleta	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né reclami da parte dell'utenza, Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali, regionali e ministeriali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: attività svolta da più operatori con supervisione incrociata; presenza di applicativi aziendali e regionali dedicati Trasparenza: pubblicazione report sulla Farmacosorveglianza	Basso	Le misure in atto si dimostrano adeguate a ridurre il livello di rischio.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	36	TITOLO DEL PROCESSO	Gestione del Sistema di Allerta per alimenti di origine animale e mangimi)
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale
		Struttura	SC Area B, C – Distretti Veterinari
		Responsabile	Direttore di Dipartimento / Distretto Veterinario
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Gestione dei provvedimenti finalizzati ad impedire la commercializzazione ed il consumo di prodotti (alimenti di origine animale e mangimi) che possano rappresentare un grave rischio per la salute dei consumatori, a tutela della salute pubblica
		input	Ricezione notifica / riscontro prodotto privo di requisiti di sicurezza in applicativo regionale
		output	Chiusura dell'allerta nell'applicativo regionale

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO												PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ			
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Ricezione notifica / riscontro prodotto privo di requisiti di sicurezza in applicativo regionale	Referente punto di contatto aziendale	3.2 - Disponibilità dei sistemi informativi	Impossibilità di accesso all'applicativo, con conseguente ritardo nell'attivazione dell'allerta	1	5	5	mancaanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	B	B	B	B	A	A	Non si sono mai verificati casi. Non sono state rilevate segnalazioni. Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure sia aziendali, che regionali che disciplinano modalità e tempistiche di ogni fase del processo e prevedono l'attivazione di vari canali di informazione al fine di garantire la massima tempestività	Basso	Le misure in vigore si dimostrano adeguate a ridurre il livello di rischio.	Non necessarie				
Notifica a Direttore Distretto Veterinario interessato e a Direttore SC Area B - Area C interessati	Punto di contatto territoriale	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività nella delle diffusione informazioni	1	4	4	scarσα responsabilizzazione interna;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni. Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali e regionali che disciplinano modalità e tempistiche di ogni fase del processo Controllo: rispetto tempistiche definite nelle procedure aziendali	Basso	Le misure in vigore si dimostrano adeguate a ridurre il livello di rischio.	Non necessarie				
Scarico documentazione dall'applicativo regionale / verifica documenti	Direttore Distretto Veterinario e operatore incaricato	3.2 - Disponibilità dei sistemi informativi	Indisponibilità dei dati nell'applicativo regionale / inaccessibilità	1	4	4	mancaanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni. Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano modalità e tempistiche di ogni fase del processo	Basso	Le misure in vigore si dimostrano adeguate a ridurre il livello di rischio.	Non necessarie				
attivazione indagine	Direttore Distretto Veterinario operatore incaricato /	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività	1	5	5	scarσα responsabilizzazione interna;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni. Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano modalità e tempistiche di ogni fase del processo Controllo: rispetto tempistiche definite nelle procedure aziendali	Basso	Le misure in vigore si dimostrano adeguate a ridurre il livello di rischio.	Non necessarie				
effettuazione controlli ed eventuale adozione provvedimenti	Operatori incaricati	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Conduzione dei controlli in modo non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni. Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali e regionali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: attività svolta da più operatori, con supervisione svolta dal livello gerarchicamente sovraordinato; assenza di segnalazioni per il mancato ritiro/distruzione; Rotazione: l'attività viene assegnata agli operatori / équipes nel rispetto dei criteri di rotazione Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Medio	Le misure in vigore si dimostrano adeguate a ridurre il livello di rischio.	Non necessarie				
registrazione controlli in SIVI	Operatori incaricati	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Registrazioni incomplete / non precise	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni. Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano modalità e tempistiche di ogni fase del processo	Basso	Le misure in vigore si dimostrano adeguate a ridurre il livello di rischio.	Non necessarie				

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
supervisione documentale e autorizzazione trasmissione a Punto di contatto aziendale	Direttore Distretto Veterinario	2.3 - Adeguatezza documentale	Verifica incompleta	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni. Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano modalità e tempistiche di ogni fase del processo; Controllo: supervisione a cura del responsabile gerarchicamente sovraordinato, nel rispetto delle modalità definite dalle procedure aziendali	Basso	Le misure in vigore si dimostrano adeguate a ridurre il livello di rischio.	Non necessarie			
eventuale attivazione altre ATS	Punto di contatto territoriale	5.1 - Qualità del servizio	Omessa / intempestiva attivazione di altre ATS	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni. Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano modalità e tempistiche di ogni fase del processo Semplificazione: la fase del processo è informatizzata	Basso	Le misure in vigore si dimostrano adeguate a ridurre il livello di rischio.	Non necessarie			
chiusura dell'allerta nell'applicativo regionale	Punto di contatto territoriale	3.2 - Disponibilità dei sistemi informativi	Inaccessibilità al portale	1	4	4	mancaanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni. Non sono in atto procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano modalità e tempistiche di ogni fase del processo	Basso	Le misure in vigore si dimostrano adeguate a ridurre il livello di rischio.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	37	TITOLO DEL PROCESSO		Vigilanza strutture farmaceutiche (programmata)	
AREA DI RISCHIO				GENERALE: Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Direzione Sanitaria		
		Struttura	SC Servizio Farmaceutico		
		Responsabile	Direttore SC		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività finalizzata all'accertamento del possesso dei requisiti e della conformità dell'attività svolta a quanto stabilito dalla normativa vigente tramite verifica in loco		
		input	Programmazione elaborata secondo la periodicità stabilita dalla normativa		
		output	Rilascio verbale e rendicontazione finale		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Programmazione annuale dei controlli	Direttore SC e operatori della struttura	1.11 - Errata programmazione / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Errata definizione della periodicità	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Semplificazione: informatizzazione della fase di definizione della programmazione; Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: coinvolgimento degli stakeholder (Ordini Professionali) che prendono parte al processo di elaborazione della programmazione;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità (prevedendo anche il coinvolgimento degli stakeholder) a garanzia dell'imparzialità delle decisioni assunte.	Non necessarie			
Definizione della pianificazione trimestrale dei controlli	Responsabile SS Attività di Vigilanza Ispettiva	4.8 - Organizzazione e adeguata ripartizione dei compiti	Ripartizione disomogenea dell'attività ispettiva sui vari trimestri	1	3	3	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: la pianificazione è oggetto di verifica da parte del Direttore della SC, nel rispetto del principio di separazione delle funzioni;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore, considerata la supervisione effettuata dal responsabile gerarchicamente sovraordinato.	Non necessarie			
Esecuzione sopralluogo	Commissione di Vigilanza	4.7 - Abuso di potere/conflicto d'interesse	Valutazione non imparziale degli elementi oggetto di verifica	2	5	10	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; percorso ispezione codificato a livello regionale; Controllo: supervisione degli esiti da parte del Direttore della SC, nel rispetto del principio di separazione delle funzioni; Rotazione: composizione della Commissione di Vigilanza effettuata nel rispetto del principio di rotazione, con anche la presenza di una rappresentanza degli stakeholder; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile.	Medio	Pur in presenza di fattori che rendono delicata la presente fase, le misure attuate a presidio del rischio si rivelano efficaci, a garanzia dell'imparzialità della Commissione	Non necessarie			
Rilascio verbale ispettivo con proposta di eventuale sanzione (a fronte di accertamento) al Direttore SC	Commissione di Vigilanza	2.3 - Adeguatezza documentale	Incompletezza e/o incongruità del verbale, con ripercussioni sulla gestione di eventuali contenziosi	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; percorso ispezione codificato a livello regionale; Semplificazione: compilazione elettronica (immodificabile) e firma digitale del verbale di ispezione; Controllo: supervisione documentale da parte del Direttore della SC, nel rispetto del principio di separazione delle funzioni;	Basso	La presenza di misure di controllo e di elementi che vincolano l'operatività (es: compilazione informatizzata, ecc.) riducono sensibilmente i fattori di rischio, circoscrivendoli ad un livello non particolarmente critico.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Verifica documentazione, eventuale colloquio con ispettore e determinazione sanzione / archiviazione proposta di sanzione	Direttore SC	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Determinazione finale incongruente con gli esiti dell'ispezione	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Misure di Controllo: determinazione viene assunta nell'ambito di un contraddittorio, nel rispetto del principio di separazione delle funzioni;	Basso	Le misure in atto si dimostrano efficaci nella riduzione dei margini di discrezionalità, consentendo di gestirli in forma controllata.	Non necessarie			
Predisposizione verbale di contestazione, notifica e registrazione nell'applicativo	Direttore SC e operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Mancato rispetto delle tempistiche stabilite per la notifica	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Storicamente, si è verificato un unico caso.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Misure di Controllo: presenza di scadenziari informatizzati per il monitoraggio della notifica e del pagamento (alert automatici);	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			
Verifica avvenuto pagamento e - in caso di mancato pagamento - attivazione procedura di gestione delle sanzioni L. 689	Operatori della struttura	2.2 - Disposizioni interne	Mancata attivazione di gestione sanzioni	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: controlli effettuati da differenti strutture aziendali su questa fase di processo; Semplificazione: informatizzazione dello scadenziario con accesso multiplo da parte di più strutture aziendali coinvolte nel processo; dematerializzazione del processo sanzionatorio ex L.689/81.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			
Monitoraggio trimestrale dell'andamento della pianificazione	Responsabile SS Attività di Vigilanza Ispettiva	5.1 - Qualità del servizio	Mancata attivazione di interventi in caso di scostamenti significativi	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: controllo effettuato dalla struttura Internal Auditing nell'ambito del monitoraggio periodico degli obiettivi (performance);	Basso	Il rischio in questa fase è particolarmente contenuto, grazie alle misure in essere che prevedono il coinvolgimento di altre strutture aziendali, deputate al monitoraggio degli obiettivi.	Non necessarie			
Rendicontazione annuale sui controlli eseguiti	Direttore SC	6.3 - Informativa interna ed esterna	Mancato rispetto delle tempistiche rendicontazione	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né vi sono precedenti giudiziari, né risultano procedimenti disciplinari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo/audit interni.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: verifiche effettuate dall'ACSS;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un basso livello di rischio, in quanto le misure attualmente in essere consentono di ridurre i margini di discrezionalità e/o di errore.	Non necessarie			

Area di Rischio
INCARICHI E NOMINE

SCHEDA PROCESSO

Id)	38	TITOLO DEL PROCESSO	Conferimento incarichi di direzione di struttura complessa – ruolo sanitario		
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Incarichi e Nomine		
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali		
		Struttura	SC Gestione Risorse Umane		
		Responsabile	Dirigente SC		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Procedura per l'affidamento di incarico in coerenza con la pianificazione organizzativa definita dal POAS		
		input	Piano di Organizzazione Aziendale Strategico		
		output	Conferimento incarico		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Richiesta di autorizzazione a Regione Lombardia e Collegio Sindacale	Operatori della struttura	6.3 - Informativa interna ed esterna	Intempestività nell'invio delle richieste	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: supervisione delle tempistiche da parte dei livelli gerarchici sovraordinati	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Indizione selezione (con deliberazione) e pubblicazione avviso sul sito web aziendale	Operatori della struttura	2.6 - Trasparenza	Mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: controlli periodici delle pubblicazioni Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione e di pubblicità	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Acquisizione domande tramite applicativo aziendale	Operatori della struttura	3.1 – Integrità e sicurezza dei dati	Perdita di dati	1	4	4	mancaanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni. Non si sono mai verificati casi di perdita di dati	Semplificazione: fase del processo informatizzata Controllo: controlli automatizzati da parte del software	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure in atto si dimostrano sufficienti ed efficaci.	Non necessarie			
Ammissione candidati (con deliberazione)	Operatori della struttura e Direzione	2.3 – Adeguatezza documentale	Irregolarità degli atti	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: verifiche interne condotte nel rispetto del principio della separazione delle funzioni Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione e di pubblicità Conflitto di interessi: dichiarazione dell’operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Nomina Commissione (con deliberazione)	Operatori della struttura e Direzione	2.1 – Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Mancata imparzialità nell’individuazione dei componenti	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Trasparenza: pubblicazione della data / ora dell’estrazione dei componenti della Commissione; rispetto degli obblighi di pubblicazione e di pubblicità Conflitto di interessi: rispetto disposizioni art. 35 bis D.Lgs. 165/2001 formazione delle commissioni	Basso	Pur trattandosi di una fase piuttosto delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza che limitano i margini di discrezionalità.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Esame candidature (titoli e colloquio)	Commissione	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione (pubblicazione delle prove successivamente all’espletamento del colloquio); Regolamentazione: obbligo di definizione dei criteri in via anticipata. Controllo: valutazione collegiale effettuata dai componenti della commissione (evidenza nel verbale);	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza e di regolamentazione che limitano i margini di discrezionalità.	Non necessarie			
Pubblicazione dei curricula dei candidati/partecipanti prima della nomina	Operatori della struttura	2.6 - Trasparenza	Mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Trasmissione verbale al Direttore Generale	Commissione	2.3 - Adeguatezza documentale	Incoerenza dell'atto con gli esiti	1	4	4	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli;;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: redazione degli atti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure in atto si dimostrano efficaci e sufficienti.	Non necessarie			
Nomina del vincitore e sottoscrizione del contratto	Direzione Generale e Operatori della struttura e Direzione	2.3 - Adeguatezza documentale	Carenza di elementi essenziali nel contratto	1	5	5	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: supervisione dei controlli da parte del livello gerarchico sovraordinato; Trasparenza: esplicitazione motivazione in caso di nomina di candidati successivi al primo Semplificazione: adozione di un modello di contratto standardizzato Conflitto di interessi: acquisizione e verifica situazioni di inconferibilità / incompatibilità prima della sottoscrizione del contratto	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	39	TITOLO DEL PROCESSO	Affidamento incarichi interni	
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Incarichi e Nomine	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali	
		Struttura	SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	
		Responsabile	Dirigente SC	
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Gestione delle attività finalizzate al conferimento dell'incarico di funzione sulla base delle necessità definite dall'Agenzia	
		input	Fabbisogni organizzativi	
		output	Conferimento incarico	

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Definizione del fabbisogno organizzativo aziendale	Direzione e le strutture aziendali	6.1 - Informativa strategica / programmazioni	Ricognizione errata o parziale a causa di carenza di informazioni / indicazioni di carattere strategico	1	3	3	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: controllo incrociato tra dati di vari db; Regolamentazione: presenza di Circolari DFP e Linee guida regionali vincolanti in forma sostanziale Trasparenza: presenza delle motivazioni a supporto del fabbisogno (evidenza nella relazione del Dirigente)	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Acquisizione e valutazione domande	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Errata valutazione	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: supervisione della valutazione da parte del livello gerarchico sovraordinato; Regolamentazione: presenza di un Regolamento aziendale Semplificazione: fase del processo informatizzata Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Medio	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Ammissione candidati (con determinazione)	Operatori della struttura	2.3 - Adeguatezza documentale	Irregolarità degli atti	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: verifiche interne condotte nel rispetto del principio della separazione delle funzioni	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Nomina Commissione (con determinazione)	Operatori della struttura	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Mancata imparzialità nell'individuazione dei componenti	1	4	4	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di un regolamento aziendale per l'individuazione dei componenti; Trasparenza: obbligo di pubblicazione del provvedimento Conflitto di interessi: rispetto disposizioni art. 35 bis D.Lgs. 165/2001 formazione delle commissioni	Basso	Pur trattandosi di una fase piuttosto delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza che limitano i margini di discrezionalità.	Non necessarie			
Esame candidature (titoli e colloquio)	Commissione	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: obbligo di definizione dei criteri in via anticipata. Presenza di regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi Controllo: valutazione collegiale effettuata dai componenti dell'équipe (evidenza nel verbale);	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Trasmissione verbale Commissione al Direttore Generale	Commissione	2.3 - Adeguatezza documentale	Incoerenza dell'atto con gli esiti	1	4	4	manca ­ za di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: redazione degli atti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure in atto si dimostrano efficaci e sufficienti.	Non necessarie			
Approvazione graduatoria	Operatori della struttura e Direzione	2.3 - Adeguatezza documentale	Incoerenza dell'atto con gli esiti	1	5	5	scarsa responsabilizzazione interna;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Trasparenza: pubblicazione dei criteri; verifica della compatibilità degli atti con gli esiti della commissione; Regolamentazione: obbligo di definizione dei criteri in via anticipata.	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza e di regolamentazione che limitano i margini di discrezionalità.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	40	TITOLO DEL PROCESSO		Conferimento incarichi libero-professionali	
AREA DI RISCHIO				GENERALE: Incarichi e Nomine	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali		
		Struttura	SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane		
		Responsabile	Dirigente SC		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività finalizzata all'individuazione e al reclutamento di professionisti per lo svolgimento di progettualità specifiche (ai sensi art. 7, comma 6 D.Lgs. 165/2001)		
		input	Segnalazione del fabbisogno da parte della struttura / progetto		
		output	Attribuzione dell'incarico		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)			IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
			soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
						Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Definizione fabbisogno di professionisti su progetto			Strutture aziendali	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Verifiche non coerenti con il dettato normativo e le indicazioni dei Progetti	1	3		Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: supervisione delle tempistiche da parte dei livelli gerarchici sovraordinati Trasparenza: presenza del progetto a supporto del fabbisogno	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Indizione della selezione (con deliberazione)			Operatori della struttura e Direzione	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Avviso errato	1	3		scarsa responsabilizzazione interna;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: verifiche interne condotte nel rispetto del principio della separazione delle funzioni Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione e di pubblicità	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Nomina Commissione (con deliberazione)			Direzione	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Mancata imparzialità nell'individuazione dei componenti	1	4		inadeguata diffusione della cultura della legalità;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Regolamentazione: presenza di un regolamento aziendale per l'individuazione dei componenti; Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione e di pubblicità Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Basso	Pur trattandosi di una fase piuttosto delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza che limitano i margini di discrezionalità.	Non necessarie			
Emissione e pubblicazione dell'avviso sul sito web aziendale			Operatori della struttura	2.6 - Trasparenza	Mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione	1	3		scarsa responsabilizzazione interna;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: controlli periodici delle pubblicazioni Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione e di pubblicità	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Acquisizione domande applicative tramite sito aziendale			Operatori della struttura	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Perdita di dati	1	4		manca di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni. Non si sono mai verificati casi di perdita di dati.	Semplificazione: fase del processo informatizzata Controllo: controlli automatizzati da parte del software	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure in atto si dimostrano efficaci e sufficienti.	Non necessarie			
Ammissione dei candidati			Commissione	2.3 - Adeguatezza documentale	Irregolarità degli atti	1	4		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Controllo: verifiche interne condotte nel rispetto del principio della separazione delle funzioni Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Espletamento prove	Commissione	4.7 - Abuso di potere/confli to d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Trasparenza: pubblicazione delle prove; Regolamentazione: obbligo di definizione dei criteri in via anticipata.	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza e di regolamentazione che limitano i margini di discrezionalità.	Non necessarie			
Approvazione elenco	Commissione	2.3 - Adeguatezza documentale	Incoerenza dell'atto con gli esiti	1	5		mancaanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Trasparenza: pubblicazione dei criteri; verifica della compatibilità degli atti con gli esiti della commissione; Regolamentazione: obbligo di definizione dei criteri in via anticipata.	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata, il livello di rischio viene sensibilmente mitigato dalla presenza di misure di trasparenza e di regolamentazione che limitano i margini di discrezionalità. Le misure in atto si dimostrano efficaci e sufficienti.	Non necessarie			
Sottoscrizione del contratto	Operatori della struttura e Direttore SC	2.3 - Adeguatezza documentale	Carenza di elementi essenziali nel contratto	1	4		scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state evidenziate non conformità nel corso delle verifiche di processo / audit interni.	Semplificazione: adozione di un modello di contratto standardizzato Controllo: supervisione dei controlli da parte del livello gerarchico sovraordinato; Conflitto di interessi: acquisizione e verifica situazioni di incompatibilità prima della sottoscrizione del contratto	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

SCHEDA PROCESSO

Id)	41	TITOLO DEL PROCESSO	Sanzioni amministrative pecuniarie ex L. 689/1981 - Ordinanze di ingiunzione o di archiviazione
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Affari legali e contenzioso
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Affari Generali, Legali e Istituzionali
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Gestione delle fasi del procedimento conseguenti al mancato pagamento della sanzione, alla valutazione degli scritti difensivi e alla conduzione delle audizioni
		input	Segnalazione di mancato pagamento da parte dell'articolazione aziendale; scritto difensivo e/o richiesta di audizione da parte dell'utente
		output	Ordinanza di ingiunzione o ordinanza di archiviazione

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Valutazione della segnalazione di mancato pagamento (pervenuta da parte della struttura aziendale competente), o degli scritti difensivi e/o richiesta di audizione da parte del sanzionato (pervenuti entro 30 giorni dalla notifica del verbale di contestazione) in collaborazione con il responsabile o suo delegato della struttura aziendale competente alla vigilanza e determinazione dell'importo della sanzione da comminare	Operatori della struttura titolare del processo e responsabile (o suo delegato) della struttura aziendale responsabile dell'attività di vigilanza	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Relazione tecnica insufficiente ai fini della valutazione	3	4	12	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Si rileva la frequente necessità di una revisione dei pareri tecnici formulati dalle strutture aziendali, in quanto non adeguati.	Controllo: supervisione condotta da strutture differenti nel rispetto del principio di separazione delle funzioni Regolamentazione: presenza di un Regolamento aziendale e di procedure che disciplinano ogni fase del processo sanzionatorio; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile;	Medio	Le misure di controllo in atto si rivelano comunque in grado di prevenire criticità che possano compromettere l'efficacia del processo sanzionatorio.	Non necessarie			
Redazione Ordinanza di ingiunzione di pagamento	Operatori della struttura	2.3 - Adeguatezza documentale	Ordinanza non conforme alla normativa	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: supervisione condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni dai livelli gerarchici superiori; rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento) Regolamentazione: presenza di un Regolamento aziendale e di procedure che disciplinano ogni fase del processo sanzionatorio	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Notifica Ordinanza di ingiunzione di pagamento	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività nella notifica	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non vi sono evidenze di non conformità relative alle tempistiche di notifica dell'ordinanza	Controllo: controllo incrociati di dati contenuti in diversi db, che comprendono il monitoraggio delle scadenze; rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento) Regolamentazione: presenza di un Regolamento aziendale e di procedure che disciplinano ogni fase del processo sanzionatorio	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Ammissione al pagamento rateale (se richiesto e in presenza dei necessari requisiti)	Operatori della struttura	5.9 - Gestione riscossioni	Errata valutazione dei requisiti	1	3	3	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non vi sono evidenze di non conformità relative alle valutazioni all'ammissione al pagamento.	Controllo: supervisione condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni dai livelli gerarchici superiori Regolamentazione: presenza di un Regolamento aziendale e di procedure che disciplinano ogni fase del processo sanzionatorio	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO												PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY			
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Verifica dell'avvenuto pagamento dell'ordinanza di ingiunzione	Operatori della struttura	5.9 - Gestione riscossioni	Mancata registrazione del pagamento da parte del SEF nel db centralizzato, con conseguente riemissione dell'ordinanza di ingiunzione	2	4	8	manca ­ za di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. I casi di mancata registrazione sono quantitativamente molto contenuti e si verificano con frequenza remota	Regolamentazione: presenza di un Regolamento aziendale e di procedure che disciplinano ogni fase del processo sanzionatorio	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				
Redazione Ordinanza di Archiviazione e relativa notifica	Operatori della struttura	2.3 - Adeguatezza documentale	Ordinanza non conforme alla normativa	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: supervisione condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni dai livelli gerarchici superiori Regolamentazione: presenza di un Regolamento aziendale e di procedure che disciplinano ogni fase del processo sanzionatorio	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				

SCHEDA PROCESSO

Id)	42	TITOLO DEL PROCESSO	Recupero Ticket
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Affari legali e contenzioso
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Affari Generali, Legali e Istituzionali
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività amministrativa finalizzata al recupero del ticket per indebita fruizione di esenzione da reddito da parte degli utenti
		input	Report prodotti dal Sistema TS
		output	Verbale di accertamento / contestazione

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Download dei flussi sistema TS e verifica delle singole posizioni pubblicate dal MEF sul portale del Sistema TS, in collaborazione con Dipartimento Cure Primarie e SC Sistemi Informativi e Controllo Direzionale	Amministratore di Sistema; Operatori della struttura titolare del processo, Operatori SC Sistemi Informativi e Controllo Direzionale	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Elaborazioni errate con conseguente compromissione dell'affidabilità dei report e delle decisioni correlate	2	4	8	manca za di misure di trattamento del rischio e/o controlli:	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai verificati casi di perdita o compromissione di dati	Controllo: controlli incrociati effettuati da strutture aziendali differenti, effettuati tramite l'incrocio di varie banche dati; Semplificazione: processo informatizzato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure in atto si dimostrano efficaci e sufficienti.	Non necessarie			
Redazione e notifica del verbale di accertamento / contestazione	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività della notifica	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non vi sono evidenze di non conformità relative alle tempistiche di notifica dell'ordinanza	Controllo: controllo incrociati di dati contenuti in diversi db, che comprendono il monitoraggio delle scadenze Regolamentazione: presenza di procedure che disciplinano ogni fase del processo (procedure P.A.C.); Conflitto di interessi: dichiarazione dell’operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Registrazione dell'avvenuto pagamento nel software aziendale dedicato	Operatori della struttura	5.9 - Gestione riscossioni	Mancata registrazione del pagamento da parte del SEF nel db centralizzato, con conseguente riemissione dell'ordinanza di ingiunzione	1	4	4	manca za di misure di trattamento del rischio e/o controlli:	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Semplificazione: il processo di recupero ticket è completamente informatizzato tramite l'utilizzo dell'applicativo Santionibus e del PagoPA, compresa la fase della gestione dell'incasso Regolamentazione: presenza di procedure che disciplinano ogni fase del processo	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure in atto si dimostrano efficaci e sufficienti.	Non necessarie			
Ricalcolo / riconduzione ad altro codice di esenzione con eventuale estinzione (a seguito di contraddittorio con l'utente)	Operatori della struttura	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	M	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: supervisione a campione dei fascicoli da parte del livello gerarchico sovraordinato; verifica incrociata a campione della riduzione/ricalcolo dell'importo da recuperare; Regolamentazione: presenza di procedure che disciplinano ogni fase del processo (procedure P.A.C.); Conflitto di interessi: dichiarazione dell’operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Registrazione del ricalcolo / riconduzione / estinzione nel software aziendale dedicato	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Mancata registrazione della posizione elaborata	1	4	4	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non vi sono evidenze di mancata registrazione.	Controllo: il processo di recupero ticket è completamente informatizzato, compresa la fase della gestione dell'incasso tramite l'utilizzo dell'applicativo Santionibus e del PagoPA Regolamentazione: presenza di procedure che disciplinano ogni fase del processo (procedure P.A.C.);	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id) 43		TITOLO DEL PROCESSO	Gestione sinistri
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Affari legali e contenzioso
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Affari Generali, Legali e Istituzionali
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Gestione della richiesta di risarcimento danni e dell'eventuale contenzioso
		input	Richiesta risarcimento danni
		output	Liquidazione / respingimento della richiesta

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricezione e protocollazione della richiesta di risarcimento e avvio istruttoria	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Mancata protocollazione	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non vi sono evidenze di mancata protocollazione	Controllo: il processo di ricezione e protocollazione è interamente automatizzato.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione del processo automatizzato.	Non necessarie			
acquisizione documentazione agli atti dell'Agenzia	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Documentazione carente	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: il processo di ricezione e protocollazione è interamente automatizzato; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione del processo automatizzato.	Non necessarie			
Valutazione CVS	CVS	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: composizione eterogenea del Comitato Valutazione Sinistri, con partecipazione di componenti appartenenti a differenti strutture aziendali	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata del processo, la numerosità ed eterogeneità dei Componenti del Comitato Valutazione Sinistri riduce in misura significativa il livello di discrezionalità.	Non necessarie			
Informativa e richiesta controdeduzioni al professionista (art. 13 L. 24/2017)	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: monitoraggio dello svolgimento del processo in capo a struttura differente rispetto a quella che trasmette l'informativa al professionista Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	Le misure di controllo in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore	Non necessarie			
Richiesta ed acquisizione valutazione Medico Legale, se richiesto dal CVS	Operatori della struttura / Medico Legale	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività	1	4	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: monitoraggio dello svolgimento del processo in capo a struttura differente rispetto a quella che trasmette l'informativa al professionista; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	Le misure di controllo in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore	Non necessarie			
Apertura del sinistro (previa segnalazione alla compagnia assicurativa)	Operatori della struttura e Compagnia Assicurativa	5.1 - Qualità del servizio	Mancato rispetto della tempistica prevista dalla polizza assicurativa	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: supervisione documentale ad opera del dirigente gerarchicamente sovraordinato; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	Le misure di controllo in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore	Non necessarie			
Gestione dei rapporti con la compagnia assicurativa	Operatori della struttura	2.4 - Contrattualistica (inclusi appalti pubblici)	Inerzia rispetto al monitoraggio del corretto operato da parte della compagnia assicurativa	2	4	8	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: supervisione documentale ad opera del dirigente gerarchicamente sovraordinato Formazione: partecipazione del personale ad incontri periodici organizzati da Regione Lombardia in tema di Risk Management	Basso	Le misure di controllo in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)			IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO												PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività		CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY			
					Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Pagamento della franchigia alla compagnia	Operatori della struttura		5.1 - Qualità del servizio	Intempestività dei pagamenti	2	3	6	mancaanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; i controlli del Collegio Sindacale hanno evidenziato la regolarità della gestione. Inoltre, il rispetto dei tempi di pagamento viene verificato trimestralmente e pubblicato sul sito web aziendale (Amministrazione Trasparente)	controllo: verifiche a campione; verifiche da parte del Collegio Sindacale; Misure di Regolamentazione: presenza di procedure operative a favore di tutto il personale del servizio; Trasparenza: pubblicazione trimestrale dell'indicatore di tempestività dei pagamenti.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure in atto si dimostrano efficaci e sufficienti.	Non necessarie				
Eventuale comunicazione alla Corte dei Conti	Operatori della struttura		5.1 - Qualità del servizio	Mancata comunicazione	2	5	10	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: supervisione documentale ad opera del dirigente gerarchicamente sovraordinato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				
Assolvimento periodico debiti informativi	Operatori della struttura		6.3 - Informativa interna ed esterna	Mancata compilazione del db regionale	2	4	8	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: supervisione documentale ad opera del dirigente gerarchicamente sovraordinato; Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei numerosi controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie				

SCHEDA PROCESSO

Id)	44	TITOLO DEL PROCESSO	Adozione dei decreti e delle determinazioni dirigenziali
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Affari legali e contenzioso
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SC Affari Generali, Legali e Istituzionali
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Gestione dell'adozione di Decreti del Direttore Generale e delle Determinazioni Dirigenziali
		input	Proposta di delibera / determina
		output	Adozione e pubblicazione atto

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Inserimento della proposta di delibera / determina da parte delle strutture aziendali nell'applicativo dedicato	Operatore della struttura proponente (istruttore)	4.1 - Competenze	Errata compilazione degli indici di scheda e/o incompletezza / incongruenza del testo del provvedimento e/o dei suoi allegati	2	2	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente;	Controllo: supervisione documentale ad opera di dirigente di struttura diversa rispetto a quella proponente;	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Verifica della formalità legale e trasmissione alla Direzione Strategica	Operatori della struttura titolare del processo e responsabile (o suo delegato)	2.3 - Adeguatezza documentale	Verifica formale inefficace	1	5	5	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; non si sono mai verificati casi.	Controllo: supervisione ad opera del dirigente della struttura; Semplificazione: processo informatizzato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Convocazione seduta e predisposizione ordine del giorno con elenco delle proposte di delibera da adottare	Operatori della struttura titolare del processo e responsabile (o suo delegato)	3.2 - Disponibilità dei sistemi informativi	Mancato produzione dell'ordine del giorno	3	3	9	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai verificati casi.	Controllo: pianificazione anticipata ad opera del dirigente della struttura titolare del processo	Medio	Pur in presenza di controlli da parte del Direttore della Struttura, il rischio in questa fase viene considerato medio, in quanto l'inadeguatezza del software può compromettere lo svolgimento delle sedute deliberanti.	Non necessarie			
Numerazione delibera / determina	Operatori della struttura titolare del processo e responsabile (o suo delegato)	5.1 - Qualità del servizio	Numerazione non conforme all'odg	1	3	3	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non sono state rilevate criticità nel corso di audit condotti internamente; non si sono mai verificati casi.	Controllo: supervisione ad opera del dirigente della struttura; Semplificazione: processo informatizzato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Pubblicazione in albo pretorio on-line	Operatori della struttura titolare del processo e responsabile (o suo delegato)	3.2 - Disponibilità dei sistemi informativi	Intempestiva / Mancata pubblicazione in albo pretorio	1	5	5	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai verificati casi.	Controllo: verifica sistematica e tempestiva dell'avvenuta pubblicazione; Trasparenza: rispetto degli obblighi di pubblicazione e di pubblicità	Medio	Pur non essendosi mai verificati casi, si ritiene di valutare medio il livello di rischio del presente processo, a causa della rilevanza giuridica e dei disservizi che potrebbe potenzialmente essere determinati dalla mancata pubblicazione degli atti in Albo Pretorio.	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id)	45	TITOLO DEL PROCESSO	Gestione documentale / protocollazione
AREA DI RISCHIO			GENERALE: Affari legali e contenzioso
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali
		Struttura	SCAffari Generali, Legali e Istituzionali
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Gestione della protocollazione e distribuzione della documentazione, tramite protocollo informatico
		input	Registrazione di protocollo di un documento in entrata/uscita ed interno
		output	Registrazione e segnatura di protocollo, nonché classificazione, organizzazione, assegnazione, reperimento e conservazione dei documenti amministrativi formati o acquisiti dall'Agenzia

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Registrazione di protocollo, classificazione, fascicolazione, assegnazione e reperimento dei documenti amministrativi formati o acquisiti dall'Agenzia (e loro eventuali allegati)	Operatori della struttura titolare del processo e responsabile (o suo delegato)	4.1 - Competenze	Errata compilazione degli indici di scheda	3	2	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari. I casi di errata compilazione sono quantitativamente molto contenuti	Controllo: supervisione documentale ad opera del dirigente gerarchicamente sovraordinato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Controllo e verifica degli elementi per la protocollazione del documento in entrata/uscita/interni	Operatori della struttura titolare del processo e responsabile (o suo delegato) / operatori delle strutture aziendali	5.1 - Qualità del servizio	Verifica formale inefficace, con conseguente compromissione di future ricerche e/o possibilità di duplice registrazione del medesimo documento	1	5	5	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: supervisione documentale ad opera del dirigente gerarchicamente sovraordinato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Associazione del documento al fascicolo nel sistema informatico di gestione documentale	Operatori della struttura titolare del processo e responsabile (o suo delegato) / operatori delle strutture aziendali	5.1 - Qualità del servizio	Documentazione non aggiornata del procedimento amministrativo, reperibile dal fascicolo elettronico	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: supervisione documentale ad opera del dirigente gerarchicamente sovraordinato Formazione: partecipazione del personale dedicato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Scansione del documento protocollato contestualmente alla fase di protocollazione dello stesso	Operatori della struttura titolare del processo e responsabile (o suo delegato)	5.1 - Qualità del servizio	Documentazione non aggiornata del procedimento amministrativo, reperibile dal fascicolo elettronico	2	3	6	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono in corso procedimenti disciplinari e/o giudiziari.	Controllo: supervisione documentale ad opera del dirigente gerarchicamente sovraordinato Formazione: partecipazione del personale dedicato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			

Area di Rischio
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

SCHEDA PROCESSO

Id) 46		TITOLO DEL PROCESSO		Libera professione intramoenia	
AREA DI RISCHIO				GENERALE: Attività libero professionale	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento Amministrativo, di Controllo e degli Affari Generali e Legali		
		Struttura	SC Affari Generali, Legali e Istituzionali		
		Responsabile	Direttore SC		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Gestione dell'iter volto al rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale al personale dirigente medico e sanitario con rapporto esclusivo		
		input	Istanza da parte del dirigente		
		output	Autorizzazione / Diniego		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricezione e protocollazione dell'istanza da parte del dirigente	Operatori della struttura	5.1 - Qualità del servizio	Mancata protocollazione	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non vi sono evidenze di mancata protocollazione	Controllo: il processo di ricezione e protocollazione è interamente automatizzato.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione del processo automatizzato.	Non necessarie			
Istruttoria con verifica dell'assenza di incompatibilità / conflitto di interesse	Operatori della struttura	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai verificati casi di valutazioni incomplete o non imparziali	Controllo: la fase valutativa è integrata dai pareri dei dirigenti gerarchicamente superiori dell'interessato; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile;	Basso	Pur essendo questa fase del processo particolarmente delicata, il livello di di rischio viene considerato contenuto, in ragione della compartecipazione al processo di dirigenti sovraordinati di altre strutture.	Non necessarie			
Parere del Direttore di Dipartimento competente per materia e del Direttore Sanitario o Sociosanitario	Direttore di Dipartimento / DS-DSS	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Parere rilasciato in violazione della normativa	1	5	5	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai verificati casi di valutazioni incomplete o non imparziali	Controllo: la fase di rilascio del parere è integrata dalla valutazione di dirigente di altra struttura (terzietà)	Basso	Pur essendo questa fase del processo particolarmente delicata, il livello di di rischio viene considerato contenuto, in ragione della compartecipazione al processo di dirigenti di diverse strutture. Le misure in atto si dimostrano efficaci e sufficienti.	Non necessarie			
Predisposizione e invio dell'autorizzazione / diniego	Operatori della struttura	2.3 - Adeguatezza documentale	Autorizzazione / diniego non coerente con gli esiti dell'istruttoria e/o non motivato	1	4	4	scarsa responsabilizzazione interna;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai verificati casi di errata predisposizione / mancato invio dell'autorizzazione e/o diniego	Controllo: supervisione da parte del livello gerarchico sovraordinato nel rispetto del principio di separazione delle funzioni	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie			
Monitoraggio e controllo, in collaborazione con gli organismi interni competenti, sull'esercizio dell'attività	Operatori della struttura e Direttore di Dipartimento e Organismi interni competenti	6.5 - Valutazione del sistema di controllo interno	Mancanza di dati / informazioni utili alla verifica	1	4	4	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né procedimenti disciplinari e/o giudiziari. Non si sono mai verificati casi di errata predisposizione / mancato invio dell'autorizzazione e/o diniego	Controllo: verifiche periodiche da parte della Commissione Paritetica e report generati dal Direttore del Dipartimento di afferenza dell'interessato	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dei controlli effettuati, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore. Le misure in atto si dimostrano efficaci e sufficienti.	Non necessarie			

Area di Rischio
RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

SCHEDA PROCESSO

Id) 47		TITOLO DEL PROCESSO	Gestione contratti sanitari e sociosanitari
AREA DI RISCHIO			SANITA': Rapporti con soggetti erogatori
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie
		Struttura	SC Governo Polo Ospedaliero – SC Governo Polo Territoriale
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dagli erogatori, secondo tariffe approvate dalla Regione, con formulazione dei contratti secondo le indicazioni regionali.
		input	“Regole di sistema” annuali emanate da Regione e DGR specifiche sui contratti
		output	Contratti e schede di budget annuali per erogatori sanitari e sociosanitari

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ			
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Verifica dei requisiti soggettivi dei legali rappresentanti degli erogatori, previsti dalla normativa regionale per la sottoscrizione dei contratti con gli erogatori sanitari e sociosanitari	Dirigente operatori incaricati	e	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Valutazione dei requisiti non coerente con quanto previsto dalla normativa di riferimento	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non vi sono evidenze di contestazioni da parte degli Erogatori.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo (solo sanitari); Controllo: la valutazione è condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni, con controllo da parte del dirigente sovraordinato; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile;	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Regolamentazione: aggiornamento procedure aziendali (nuovo assetto organizzativo)	X A		
Gestione delle fasi di negoziazione, contrattualizzazione, definizione del budget con gli erogatori sanitari e sociosanitari accreditati dell'ATS nel rispetto delle regole di sistema annualmente disposte dalla DG Welfare	Dirigente operatori incaricati	e	2.3 - Adeguatezza documentale	Non conformità nel calcolo del budget per Ente e per tipologia di prestazione rispetto alle indicazioni regionali	1	4	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo (solo sanitari); Controllo: la valutazione è condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni, con controllo da parte del dirigente sovraordinato, nonché della valutazione da parte del competente ufficio regionale.	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie.			
Gestione degli adempimenti contrattuali	Dirigente operatori incaricati	e	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Intempestività nella contestazione di inadempienza contrattuale	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo (solo sanitari); Controllo: la valutazione è condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni, con controllo da parte del dirigente sovraordinato; Semplificazione: dematerializzazione del processo attraverso piattaforma regionale (contratti web); Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile;	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie.			
Monitoraggio budget sanitari	Dirigente operatori incaricati	e	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Non disponibilità di dati economici aggiornati e utilizzo di strumenti informatici non esclusivo	2	3	6	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo (solo sanitari), compresa la definizione di tempi standard per i caricamenti del flusso nel DWH aziendale; Controllo: reportistica periodicamente trasmessa all'Erogatore per riscontro e tabelle annuali da parte di Regione in sede di chiusura.	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie.			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)				IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO			ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE						
		soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY			
					Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Fasi di processo / attività																							
Monitoraggio budget sociosanitari		Dirigente operatori incaricati	e	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Non disponibilità di dati economici aggiornati e utilizzo di strumenti informatici non esclusivo	2	3	6	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Semplificazione: piattaforma regionale DSPflux per attuazione controlli congruità flussi sociosanitari; Controllo: tabelle annuali da parte di Regione in sede di chiusura.	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie.			
Contrattualizzazione su indicazione della DG Welfare per progettualità specifiche (progetti psichiatria - NPIA - Iperafflusso PS - sperimentazioni sociosanitarie)		Dirigente operatori incaricati	e	2.3 - Adeguatezza documentale	Non conformità nel calcolo del budget per Ente e per tipologia di prestazione rispetto alle indicazioni regionali	1	4	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Controllo: la valutazione è condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni, con controllo da parte del dirigente sovraordinato, nonché della valutazione da parte del competente ufficio regionale.	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie.			

SCHEDA PROCESSO

Id)	48	TITOLO DEL PROCESSO	Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie
AREA DI RISCHIO			SANITA': Rapporti con soggetti erogatori
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie
		Struttura	SC Governo Polo Ospedaliero
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività finalizzate alla verifica e all'accertamento del possesso dei requisiti (strutturali, organizzativi, tecnologici, ecc.) previsti dalla normativa ai fini del rilascio dell'autorizzazione la funzionamento e dell'accreditamento istituzionale
		input	Istanza di autorizzazione e accreditamento
		output	Rilascio / diniego autorizzazione e accreditamento

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricezione istanza di autorizzazione/accreditamento /voltura	Operatori incaricati	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività presa in carico e protocollazione	2	3	6	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non vi sono evidenze di mancata registrazione / intempestività.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: dematerializzazione del processo attraverso specifici applicativi interfacciati (Archiflow per la protocollazione interna; ASAN portale regionale per la gestione dell'accREDITamento); Controllo: verifica e rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa in materia di riciclaggio	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Regolamentazione: aggiornamento procedure aziendali (nuovo assetto organizzativo)	X A		
Valutazione documentazione	Dirigente operatori incaricati	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Valutazione non coerente con quanto previsto dalla normativa di riferimento	2	4	8	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nei controlli di II e III livello.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: dematerializzazione del processo attraverso specifici applicativi interfacciati; Formazione: partecipazione costante e periodica al gruppo di lavoro regionale - GRUPPO OTA - per l'utilizzo di strumenti condivisi e criteri di valutazione uniformi; Controllo: la valutazione è condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni, con controllo da parte del dirigente sovraordinato Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile;	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata del processo, le misure di prevenzione in essere si dimostrano efficaci ai fini del contenimento del livello di rischio, come anche evidenziato dai dati a supporto dell'analisi.	Non necessarie.			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Effettuazione sopralluogo (se necessario) e redazione verbale	Equipe individuata	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: la valutazione è condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni, con controllo da parte del dirigente sovraordinato Rotazione: l'attività viene assegnata all'équipe nel rispetto dei criteri della rotazione; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile; Formazione: predisposizione di appositi corsi FAD in tema di anticorruzione e conflitto di interessi. Semplificazione: utilizzo check list standard per l'effettuazione dei controlli	Medio	Pur trattandosi di una fase delicata del processo, le misure di prevenzione in essere si dimostrano efficaci ai fini del contenimento del livello di rischio, come anche evidenziato dai dati a supporto dell'analisi.	Non necessarie.			
Predisposizione e adozione deliberazione	Dirigente operatori incaricati	2.3 - Adeguatazza documentale	Produzione di un atto non corretto o incompleto	2	2	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Controllo: questa fase prevede il coinvolgimento di più operatori (istruttore, responsabile del procedimento, responsabile della legittimità tecnica) con ulteriori controlli da parte di strutture extradipartimentali; Semplificazione: applicativo aziendale (Archiflow) per l'adozione dei decreti che rende tracciabile e trasparente le fasi del procedimento a tutti i livelli Formazione: condivisione tra tutti gli operatori della SC della normativa, nazionale e regionale, sistematicamente raccolta ed aggiornata. Trasparenza: pubblicazione dell'atto all'Albo Pretorio aziendale	Basso	Il coinvolgimento di più operatori e le misure ulteriori poste in essere a presidio del rischio, consentono di considerarlo non particolarmente significativo	Non necessarie.			
Notifica a Regione Lombardia per iscrizione - Registro regionale strutture autorizzate/accreditate	operatori incaricati	5.1 - Qualità del servizio	intempestività nella spedizione della deliberazione e della chiusura del processo sul portale ASAN	2	3	6	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: dematerializzazione del processo attraverso specifici applicativi interfacciati (Archiflow per la protocollazione interna; ASAN portale regionale per la gestione dell'accreditamento) e passaggi vincolati.	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie.			

SCHEDA PROCESSO

Id)	49	TITOLO DEL PROCESSO	Vigilanza per mantenimento requisiti strutture sanitarie
AREA DI RISCHIO			SANITA': Rapporti con soggetti erogatori
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie
		Struttura	SC Governo Polo Ospedaliero
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività finalizzata alla verifica periodica del mantenimento dei requisiti di funzionamento e accreditamento previsti dalla normativa per la tipologia di struttura in oggetto
		input	Programmazione annuale delle attività (predisposizione Piano dei Controlli) e pianificazione
		output	Rendicontazione dell'attività di vigilanza

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Programmazione annuale delle attività (predisposizione Piano dei Controlli) e pianificazione (assegnazione all'équipe)	Dirigente ed operatori incaricati	1.11 - Errata programmazione / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Mancato rispetto delle indicazioni dell'ACSS; numero e tipologia di controlli inadeguati e non in linea con la normativa	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nei controlli di II e III livello.	Controllo: controllo incrociato con dati presenti nei dbase; Trasparenza: definizione ed esplicitazione di criteri da parte di altro ente regionale (ACSS) per la predisposizione della programmazione;	Basso	La presenza di criteri oggettivi determinati da altro ente regionale e i controlli incrociati consentono il contenimento del livello di rischio	Regolamentazione: aggiornamento procedure aziendali (nuovo assetto organizzativo)	X A		
Effettuazione sopralluogo e redazione verbale	Equipe incaricata	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: la valutazione è condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni, con controllo da parte del dirigente sovraordinato Rotazione: l'attività viene assegnata all'équipe nel rispetto dei criteri della rotazione; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile; Formazione: predisposizione di appositi corsi FAD in tema di anticorruzione e conflitto di interessi. Semplificazione: utilizzo check list standard per l'effettuazione dei controlli	Medio	Pur trattandosi di una fase delicata del processo, le misure di prevenzione in essere si dimostrano efficaci ai fini del contenimento del livello di rischio, come anche evidenziato dai dati a supporto dell'analisi.				
Adozione provvedimenti (es: emissione diffida, avvio del procedimento sanzionatorio L. 689, ecc.) in caso di irregolarità / criticità	Dirigente ed operatori incaricati	2.3 - Adeguatezza documentale	Provvedimento non coerente con gli esiti del sopralluogo / la normativa di riferimento	1	5	5	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nei controlli di II e III livello.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; presenza di normativa specifica di riferimento.	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata del processo, le misure di prevenzione in essere si dimostrano efficaci ai fini del contenimento del livello di rischio, come anche evidenziato dai dati a supporto dell'analisi.	Semplificazione: dematerializzazione del processo sanzionatorio ex. L.689/81 – consolidamento implementazione applicativo.	X A		
Rendicontazione attività	Operatori incaricati	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Invio dati scorretti e/o incompleti	2	2	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nei controlli di II e III livello.	Controllo: verifica costante da parte di tutti gli operatori delle équipes	Basso	Le misure in essere si dimostrano sufficienti ed efficaci ai fini del contenimento del livello di rischio, che viene considerato non particolarmente significativo	Non necessarie.			

SCHEDA PROCESSO

Id) 50		TITOLO DEL PROCESSO	Autorizzazione e accreditamento strutture sociosanitarie	
AREA DI RISCHIO			SANITA': Rapporti con soggetti erogatori	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie	
		Struttura	SC Governo Polo Territoriale	
		Responsabile	Direttore SC	
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività finalizzate alla verifica e all'accertamento del possesso dei requisiti (soggettivi, strutturali, organizzativi, tecnologici, ecc.) previsti dalla normativa ai fini dell'emissione del verbale e/o decreto (solo per SCIA contestuale e voltura) di attestazione dei requisiti	
		input	Ricezione istanza di autorizzazione/accreditamento/voltura	
		output	Adozione deliberazione e trasmissione a Regione Lombardia (per la sola SCIA invio del verbale che attesta i requisiti)	

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)			IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Ricezione istanza di autorizzazione/accreditamento /voltura e verifica per avvio del procedimento	Operatori incaricati	5.1 - Qualità del servizio	Intempestività presa in carico e protocollazione	2	3	6	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A		Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non vi sono evidenze di mancata registrazione / intempestività.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: dematerializzazione del processo attraverso specifici applicativi interfacciati; Controllo: la valutazione è condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni, con controllo da parte del dirigente sovraordinato; Controllo: verifica e rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa in materia di riciclaggio	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie.			
Registrazione nei Portali / Flussi regionali	Operatori amministrativi	5.1 - Qualità del servizio	Caricamento scorretto nei portali	1	3	3	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non vi sono evidenze di mancata registrazione / intempestività/incompletezza.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: dematerializzazione del processo attraverso specifici applicativi interfacciati.	Basso	La presente fase è caratterizzata da un livello di rischio molto contenuto e non particolarmente significativo, in ragione dell'esperienza degli operatori incaricati e della semplicità di accesso ai portali, che circoscrivono i margini di discrezionalità/di errore.	Non necessarie.			
Valutazione documentazione	Dirigente operatori incaricati e	2.1 - Normativa (comunitaria, nazionale e locale)	Valutazione non coerente con quanto previsto dalla normativa di riferimento	2	4	8	Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nei controlli di II e III livello.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: dematerializzazione del processo attraverso specifici applicativi interfacciati; Controllo: la valutazione è condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni, con controllo da parte del dirigente sovraordinato; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile;	Meio	Pur trattandosi di una fase delicata del processo, le misure di prevenzione in atto si dimostrano efficaci ai fini del contenimento del livello di rischio, come anche evidenziato dai dati a supporto dell'analisi.	Non necessarie.			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Effettuazione sopralluogo (se istanza procedibile) e rilascio di verbale definitivo al gestore	Equipe incaricata	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	valutazione non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nei controlli di II e III livello.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: la valutazione è condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni, con controllo da parte del dirigente sovraordinato Formazione: predisposizione di appositi corsi FAD in tema di anticorruzione e conflitto di interessi; Rotazione: l'attività viene assegnata all'équipe nel rispetto dei criteri di rotazione.	Medio	Pur trattandosi di una fase delicata del processo, le misure di prevenzione in atto si dimostrano efficaci ai fini del contenimento del livello di rischio, come anche evidenziato dai dati a supporto dell'analisi.	Non necessarie			
Predisposizione e adozione deliberazione	Operatori incaricati e dirigente	2.3 - Adeguatezza documentale	Produzione di un atto non corretto o incompleto	2	2	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Controllo: questa fase prevede il coinvolgimento di più operatori (istruttore, responsabile del procedimento, responsabile della legittimità tecnica) con ulteriori controlli da parte di strutture extradipartimentali; Misura di Semplificazione: applicativo aziendale (archiflow) per l'adozione dei decreti che rende tracciabile e trasparente le fasi del procedimento a tutti i livelli; Formazione: condivisione tra tutti gli operatori della SC della normativa, nazionale e regionale, sistematicamente raccolta ed aggiornata. Trasparenza: pubblicazione dell'atto all'Albo Pretorio aziendale	Basso	Il coinvolgimento di più operatori e le misure ulteriori poste in essere a presidio del rischio, consentono di considerarlo non particolarmente significativo	Non necessarie.			
Notifica a Regione Lombardia per iscrizione Registro regionale strutture autorizzate/accreditate	Operatori amministrativi	5.1 - Qualità del servizio	intempestività nella spedizione del deliberazione e degli allegati	2	3	6	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: dematerializzazione del processo attraverso specifici applicativi interfacciati (Archiflow per la protocollazione interna; AFAM anagrafica delle strutture sociosanitarie) e passaggi vincolati.	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie.			

SCHEDA PROCESSO

Id)	51	TITOLO DEL PROCESSO	Vigilanza per mantenimento requisiti strutture sociosanitarie
AREA DI RISCHIO			SANITA': Rapporti con soggetti erogatori
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie
		Struttura	SC Governo Polo Territoriale
		Responsabile	Direttore SC
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività finalizzata alla verifica periodica del mantenimento dei requisiti di funzionamento e accreditamento previsti dalla normativa per la tipologia di struttura in oggetto
		input	Programmazione annuale delle attività (predisposizione Piano dei Controlli) e pianificazione
		output	Rendicontazione dell'attività di vigilanza

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Programmazione annuale delle attività (predisposizione Piano dei Controlli) e pianificazione (assegnazione all'equipe)	Dirigente operatori incaricati	1.11 - Errata programmazione / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Mancato rispetto delle indicazioni dell'ACSS; numero e tipologia di controlli inadeguati e non in linea con la normativa	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nei controlli di II e III livello.	Controllo: controllo incrociato con dati presenti nei dbase; Trasparenza: definizione ed esplicitazione di criteri da parte di altro ente regionale (ACSS) per la predisposizione della programmazione;	Basso	La presenza di criteri oggettivi determinati da altro ente regionale e i controlli incrociati consentono il contenimento del livello di rischio	Regolamentazione: aggiornamento procedure aziendali (nuovo assetto organizzativo)	X A		
Effettuazione sopralluogo e redazione verbale	Operatori incaricati	4.7 - Abuso di potere/confitto d'interesse	Trattamento non imparziale	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	A	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nei controlli di II e III livello.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo e check list standardizzate e molto dettagliate; Controllo: la valutazione è condotta nel rispetto del principio di separazione delle funzioni, con controllo da parte del dirigente sovraordinato; Rotazione: l'attività viene assegnata all'equipe nel rispetto dei criteri di rotazione; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile; Formazione: partecipazione a gruppi di lavoro regionali, con conseguente accrescimento delle competenze degli operatori.	Medio	Pur trattandosi di una fase delicata del processo, le misure di prevenzione in essere e l'elevata standardizzazione del processo (e dei relativi strumenti) si dimostrano efficaci ai fini del contenimento del livello di rischio, come anche evidenziato dai dati a supporto dell'analisi.				
Adozione provvedimenti (es: emissione diffida, avvio del procedimento sanzionatorio L. 689, ecc.) in caso di irregolarità / criticità	Dirigente équipe	2.3 - Adeguatezza documentale	Provvedimento non coerente con gli esiti del sopralluogo / la normativa di riferimento	1	5	5	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	A	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nei controlli di II e III livello.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; presenza di normativa specifica di riferimento.	Basso	Pur trattandosi di una fase delicata del processo, le misure di prevenzione in atto si dimostrano efficaci ai fini del contenimento del livello di rischio, come anche evidenziato dai dati a supporto dell'analisi.	Semplificazione: dematerializzazione del processo sanzionatorio ex. L.689/81 – consolidamento implementazione applicativo.	X A		
Rendicontazione attività	Operatori incaricati	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Invio dati scorretti e/o incompleti	2	2	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Non sono state rilevate criticità nei controlli di II e III livello.	Controllo: verifica costante da parte di tutti gli operatori delle équipe.	Basso	Le misure in atto si dimostrano sufficienti ed efficaci ai fini del contenimento del livello di rischio, che viene considerato non particolarmente significativo	Non necessarie			

SCHEDA PROCESSO

Id) 52		TITOLO DEL PROCESSO		Controllo prestazioni sanitarie	
AREA DI RISCHIO				SANITA': Rapporti con soggetti erogatori	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie		
		Struttura	SC Governo Polo Ospedaliero		
		Responsabile	Direttore SC		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività finalizzata alla verifica della appropriatezza delle prestazioni sanitarie		
		input	Programmazione annuale delle attività (predisposizione Piano dei Controlli) e pianificazione		
		output	Rendicontazione dell'attività di controllo prestazioni		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO					ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE				
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Programmazione annuale delle attività (predisposizione Piano dei Controlli) e pianificazione	Dirigente operatori incaricati	ed 1.11 - Errata programmazi one / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Mancato rispetto delle indicazioni dell'ACSS; numero e tipologia di controlli inadeguati e non in linea con la normativa	2	3	6	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Controllo: controllo incrociato con dati presenti nei dbase; Trasparenza: definizione ed esplicitazione di criteri da parte di altro ente regionale (ACSS) per la predisposizione della programmazione;	Basso	La presenza di criteri oggettivi determinati da altro ente regionale e i controlli incrociati consentono il contenimento del livello di rischio	Non necessarie			
Campionamento SDO e referti ambulatoriali	Operatori incaricati	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Estrazione di un campione non affidabile	2	2	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti degli audit interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: adozione di procedure informatiche standardizzate di livello regionale Controllo: esplicitazione criteri di campionamento	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie			
Comunicazione alle strutture interessate	Operatori incaricati	1.17- Comunicazio ne non efficace / non tempestiva verso l'esterno	possibile intempestività della comunicazione	1	1	1	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti degli audit interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie			
Valutazione documentale, discussione esiti attività di verifica / disamina delle criticità con il rappresentante legale della struttura; valutazione eventuali controdeduzioni	Dirigente operatori incaricati	ed 4.7 - Abuso di potere / conflitto d'interesse	Discrezionalità insita nella valutazione	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; presenza di normativa specifica di riferimento Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento) Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile;	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie			
Adozione provvedimenti conseguenti (contabili e/o sanzionatori)	Dirigente operatori incaricati	ed 2.3 - Adeguatezza documentale	Provvedimento non coerente con gli esiti del controllo	1	5	5	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; presenza di normativa specifica di riferimento Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO											PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITY			
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027	
Invio flussi verso Regione, nei diversi modi previsti	Operatori incaricati	1.17- Comunicazione non efficace / non tempestiva verso l'esterno	Possibile intemperività della comunicazione	2	2	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	controllo: verifica costante da parte di tutti gli operatori delle équipes Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie				
Rendicontazione attività	Dirigente ed operatori incaricati	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Invio dati scorretti e/o incompleti	2	2	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	controllo: verifica costante da parte di tutti gli operatori delle équipes	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie				

SCHEDA PROCESSO

Id) 53		TITOLO DEL PROCESSO		Controlli appropriatezza sociosanitaria	
AREA DI RISCHIO				SANITA': Rapporti con soggetti erogatori	
DESCRIZIONE DEL PROCESSO	RESPONSABILITÀ	Dipartimento	Dipartimento della Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie		
		Struttura	SC Governo Polo Territoriale		
		Responsabile	Direttore SC		
	DESCRIZIONE (generale)	Descrizione	Attività finalizzata alla verifica della appropriatezza delle prestazioni socio sanitarie		
		input	Programmazione annuale delle attività (predisposizione Piano dei Controlli) e pianificazione		
		output	Rendicontazione dell'attività di controllo prestazioni		

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)			IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività		CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
					Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Programmazione annuale delle attività (predisposizione Piano dei Controlli) e pianificazione	Dirigente operatori incaricati	ed	1.11 - Errata programmazione / pianificazione / ricognizione delle opportunità strategiche	Mancato rispetto delle indicazioni dell'ACSS; numero e tipologia di controlli inadeguati e non in linea con la normativa	2	3	6	eccessiva regolamentazione, scarsa contestualizzazione in corso di eventi eccezionali (pandemia)	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Controllo: controllo incrociato con dati presenti nei dbase; Trasparenza: definizione ed esplicitazione di criteri da parte di altro ente regionale (ACSS) per la predisposizione della programmazione;	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Regolamentazione: aggiornamento procedure aziendali (nuovo assetto organizzativo)	X	A	
Campionamento FASAS	Operatori incaricati		3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Estrazione di un campione non affidabile	2	2	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari. Gli esiti degli audit interni di II e III livello non hanno evidenziato criticità.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Semplificazione: adozione di procedure informatiche standardizzate di livello regionale Controllo: esplicitazione criteri di campionamento	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie			
Comunicazione alle strutture interessate	Operatori incaricati		1.17- Comunicazione non efficace / non tempestiva verso l'esterno	possibile intempestività della comunicazione	1	1	1	eccessiva regolamentazione	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie			
Valutazione documentale, discussione esiti attività di verifica / disamina delle criticità con il rappresentante legale della struttura; valutazione eventuali controdeduzioni	Dirigente operatori incaricati	ed	4.7 - Abuso di potere/conflitto d'interesse	Discrezionalità insita nella valutazione	1	5	5	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;	M	M	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; presenza di normativa specifica di riferimento; Conflitto di interessi: dichiarazione dell'operatore in caso di conflitto di interessi e adozione provvedimenti conseguenti da parte del responsabile;	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie			
Adozione provvedimenti conseguenti (contabili e/o sanzionatori)	Dirigente operatori incaricati	ed	2.3 - Adeguatezza documentale	Provvedimento non coerente con gli esiti del controllo	1	5	5	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	M	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Regolamentazione: presenza di procedure aziendali che disciplinano ogni fase del processo; presenza di normativa specifica di riferimento; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO (fasi)		IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO						ANALISI DEL RISCHIO										PONDERAZIONE			
Fasi di processo / attività	soggetti che svolgono le attività	CATEGORIA DI RISCHIO	DESCRIZIONE RISCHIO SPECIFICO	RISCHIO INERENTE			FATTORI ABILITANTI	KEY RISK INDICATORS						DATI A SUPPORTO DELL'ANALISI	MISURE / CONTROLLI GIA' IN ATTUAZIONE a presidio del rischio	LIVELLO DI RISCHIO	MOTIVAZIONE	MISURE ULTERIORI DI TRATTAMENTO (DA ATTUARE)	PRIORITÀ		
				Probabilità	Impatto	IR Totale		Indic. 1	Indic. 2	Indic. 3	Indic. 4	Indic. 5	Indic. 6						2025	2026	2027
Invio flussi verso Regione, nei diversi modi previsti	Operatori incaricati	1.17- Comunicazione non efficace / non tempestiva verso l'esterno	possibile intemperività della comunicazione	2	2	4	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Controllo: verifica costante da parte di tutti gli operatori delle équipes; Controllo: rispetto tempi procedurali (tempistiche coerenti con il rispetto dei termini di conclusione del procedimento)	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie			
Rendicontazione attività	Dirigente ed operatori incaricati	3.1 - Integrità e sicurezza dei dati	Invio dati scorretti e/o incompleti	2	2	4	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	B	B	B	B	A	A	Non sono state rilevate segnalazioni, né sono stati attivati / sono in corso procedimenti disciplinari; non vi sono precedenti giudiziari.	Controllo: verifica costante da parte di tutti gli operatori delle équipes	Basso	Le misure in essere concorrono a circoscrivere i margini di discrezionalità e/o di errore, consentendo di classificare il livello di rischio come "basso".	Non necessarie			

PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE

ID	Misura	Misura di prevenzione (tipologia)	Cod. Area di rischio	Cod. Processo	Obiettivi	Responsabile dell'attuazione della misura	PROGRAMMAZIONE			DECLINAZIONE ANNO 2025	
							2025	2026	2027	Indicatori	Tempistica di attuazione della misura
1	Generale	Trasparenza	//	//	Predisposizione sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 e pubblicazione	RPCT	X	X	X	% di realizzazione = 100%	< 31/01
2	Generale	Trasparenza	//	//	Assolvimento obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. (Griglia ANAC)	Responsabili Dipartimenti, Strutture e Uffici come indicato nell'ALLEGATO 3 al presente PIAO (*)	X	X	X	Elenco dati soggetti a pubblicazione / elenco dati pubblicati = 1	Adempimento periodico con le scadenze indicate nell'ALLEGATO 3 al PIAO (*)
3	Generale	Trasparenza	//	//	Gestione istanze accesso civico generalizzato	Responsabili Dipartimenti, Strutture e Uffici, Ufficio Relazione col Pubblico, RPCT, SC Affari Generali e Legali	X	X	X	Nr. istanze gestite entro 30 gg. dalla richiesta / nr. istanze pervenute = 1	< 30 gg dalla richiesta
4	Generale	Trasparenza	//	//	Pubblicazione trimestrale del Registro degli Accessi	Responsabile Ufficio Relazione col Pubblico	X	X	X	% di realizzazione = 100%	Trimestrale
5	Generale	Trasparenza	//	//	Aggiornamento schede di prestazione pubblicate nel sito web, con tempi medi e massimi di erogazione prestazioni	Responsabile Ufficio Attività di Comunicazione aziendale e relazioni esterne	X	X	X	% schede aggiornate / schede pubblicate = 100%	< 31/12
6	Generale	Codice Comportamento	//	//	Inserimento nei contratti/disciplinari di incarico / capitolati di appalto del vincolo al rispetto delle misure previste dal Codice di comportamento (dipendenti, consulenti e fornitori)	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato)	X	X	X	% di realizzazione = 100%	< 31/12
7	Generale	Codice Comportamento	//	//	Inserimento della verifica della conoscenza del Codice di Comportamento nell'avviso / bando e documentazione nel verbale del colloquio	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X	% di realizzazione = 100%	< 31/12
8	Generale	Codice Comportamento (OBBLIGHI INFORMATIVI**)	//	//	Documentazione al RPCT delle situazioni di violazione del Codice (**)	Responsabili di struttura	X	X	X	Nr. di casi segnalati / nr. di casi documentati con apposita relazione al RPCT = 1	< 31/12
9	Generale	Codice Comportamento (OBBLIGHI INFORMATIVI**)	//	//	Documentazione al RPCT di tutti i procedimenti disciplinari in essere (**)	Responsabili strutture aziendali e Ufficio Procedimenti Disciplinari	X	X	X	Nr. di procedimenti disciplinari gestiti da Dirigente di struttura e/o UPD / nr. di segnalazioni trasmesse al RPCT = 1	< entro 15 gg. dall'avvio del procedimento
10	Generale	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	//	//	Sensibilizzazione degli operatori all'applicazione dei protocolli di sicurezza degli operatori a rischio aggressioni, tramite incontri formativi / informativi a cura del Risk Manager	Risk Manager	X	X	X	% realizzazione = 100%	< 31/12
11	Generale	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	//	//	Azioni di sensibilizzazione degli operatori in tema di mobbing, stalking e molestie in genere negli ambienti di lavoro	Presidente del Comitato Unico di Garanzia	X			n. iniziative realizzate ≥ 1	< 31/12
12	Generale	Disciplina del conflitto di interessi	//	//	Informativa annuale al personale in merito al dovere di segnalazione di situazioni di conflitto di interesse e monitoraggio	RPCT - Dirigenti Responsabili	X	X	X	% di realizzazione = 100%	< 31/12
13	Generale	Disciplina del conflitto di interessi	//	//	Evidenza della gestione delle situazioni di conflitto di interesse	Dirigenti Responsabili	X	X	X	% realizzazione = 100%	< 31/12

ID	Misura	Misura di prevenzione (tipologia)	Cod. Area di rischio	Cod. Processo	Obiettivi	Responsabile dell'attuazione della misura	PROGRAMMAZIONE			DECLINAZIONE ANNO 2025	
							2025	2026	2027	Indicatori	Tempistica di attuazione della misura
14	Generale	Disciplina del conflitto di interessi (attività extraistituzionale)	//	//	Verifica sul rispetto delle disposizioni in materia di attività extra-istituzionali ex L. 662/1996	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X	100% del personale individuato nel rispetto del Piano di Lavoro	< 31/12
15	Generale	Disciplina del conflitto di interessi (inconferibilità - incompatibilità)	//	//	Acquisizione, verifica e pubblicazione dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità Direzione Strategica (inconferibilità escluso DG)	RPCT - Direttore SC Affari Generali e Legali	X	X	X	% dichiarazioni acquisite e verificate = 100%	< 31/12
16	Generale	Disciplina del conflitto di interessi (inconferibilità - incompatibilità)	//	//	Applicazione disposizioni di cui alle delibere ANAC 149/2014, 1146/2019, 1201/2019 e 713/2020 per la Dirigenza PTA Acquisizione, verifica e pubblicazione dichiarazioni inconferibilità e incompatibilità	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X	% dichiarazioni acquisite e verificate = 100%	< 31/12
17	Generale	Disciplina del conflitto di interessi (Formazione commissioni e assegnazioni agli uffici)	//	//	Verifica insussistenza cause di esclusione ex art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e art. 3 D.Lgs. 39/2013 per la formazione commissioni e assegnazione agli uffici	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane - Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) - Direttore Dipartimento PIPSS	X	X	X	% di realizzazione = 100%	< 31/12
18	Generale	Disciplina del conflitto di interessi (Pantouflage)	//	//	Inserimento di specifica clausola negli atti di assunzione (contratto) e di cessazione del personale che prevede il divieto di pantouflage	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X	% di realizzazione = 100%	< 31/12
19	Generale	Disciplina del conflitto di interessi (Pantouflage)	//	//	Consegna scheda informativa sul divieto di pantouflage e acquisizione sottoscrizione ai dipendenti cessati	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X	% dichiarazioni acquisite / nr dipendenti cessati = 100%	< 31/12
20	Generale	Disciplina del conflitto di interessi (Pantouflage)	//	//	Previsione nei bandi di gara dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro / attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del divieto di pantouflage	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato)	X	X	X	% di realizzazione = 100%	< 31/12
21	Generale	Disciplina del conflitto di interessi (Pantouflage)	//	//	Previsione nei contratti con gli erogatori / gestori di non avere stipulato contratti di lavoro / attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del divieto di pantouflage	Dipartimento PAAPSS	X	X	X	% di realizzazione = 100%	< 31/12
22	Generale	Disciplina del conflitto di interessi (Pantouflage)	//	//	Verifica del rispetto del divieto di pantouflage da parte del personale che ha esercitato poteri autoritativi o negoziali cessato, nei tre anni successivi alla cessazione	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X	100% verifiche in caso di segnalazione	< 31/12
23	Generale	Formazione del personale	//	//	Realizzazione nell'ambito del Piano di Formazione 2025 degli eventi formativi proposti dal RPCT	Responsabile Formazione - RPCT	X	X	X	nr eventi realizzati / nr eventi proposti = 1	< 31/12
24	Generale	Formazione del personale	//	//	Formazione dei neoassunti sui temi dell'etica, legalità, integrità (prevenzione corruzione e trasparenza, codice di comportamento, ecc.)	Responsabile Formazione - RPCT	X	X	X	nr. neoassunti formati/ nr. neoassunti = 80%	< 31/12
25	Generale	Sensibilizzazione e partecipazione	//	//	Realizzazione Giornata della Trasparenza	RPCT e Responsabile Ufficio Attività di Comunicazione aziendale e relazioni esterne	X	X	X	% di realizzazione = 100%	< 31/12
26	Generale	Segnalazione protezione (Whistleblowing)	//	//	Diffusione conoscenza dei contenuti del regolamento Whistleblowing al personale neoassunto	RCPT	X	X	X	Trattazione argomento nel materiale didattico evento formativo obbligatorio di base in materia di anticorruzione = 100%	< 31/12

ID	Misura	Misura di prevenzione (tipologia)	Cod. Area di rischio	Cod. Processo	Obiettivi	Responsabile dell'attuazione della misura	PROGRAMMAZIONE			DECLINAZIONE ANNO 2025	
							2025	2026	2027	Indicatori	Tempistica di attuazione della misura
27	Generale	Segnalazione protezione (Whistleblowing)	//	//	Gestione segnalazioni Whistleblowing	RPCT	X	X	X	% segnalazioni pervenute / segnalazioni prese in carico dal RPCT = 100%	< 31/12
28	Generale	Regolamentazione	//	//	Aggiornamento della valutazione integrata del rischio	RPCT, Responsabile Ufficio Qualità, Referenti	X	X	X	Aggiornamento matrice di valutazione del rischio = 100% per ogni Dipartimento/Staff	< 31/12
29	Generale	Regolamentazione	//	//	Consolidamento del percorso PAC ai fini della piena implementazione / Aggiornamento procedure	Direttore Dipartimento Amministrativo (ruolo di coordinamento) - tutti i Direttori delle SC afferenti al Dipartimento	X	X	X	Attuazione del Piano di Lavoro = 100%	< 31/12
30	Generale	Rotazione	//	//	Applicazione nei rispettivi ambiti delle misure di rotazione individuate nel presente PTPC	Referenti del RPCT	X	X	X	Relazione semestrale dei Referenti aziendali al RPCT con descrizione delle misure adottate = 100%	I semestre < 30/06 II semestre < 31/12
31	Generale	Rotazione	//	//	Adeguamento Avvisi, Bandi e Contratti	Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	X	X	X	Inserimento clausola di rotazione negli atti e provvedimenti = 100%	Per ogni procedura
32	Generale	Controllo	//	//	Rispetto dei termini di conclusione del procedimento	Dirigenti Strutture/Referenti	X	X	X	n. richieste di attivazione del potere sostitutivo = 0	< 31/12
33	Generale	Controllo	//	//	Monitoraggio tempi procedurali	Responsabile Ufficio Qualità	X	X	X	Acquisizione sistematica da parte dei Responsabili di Struttura / Ufficio dei tempi dei procedimenti di competenza = 100%	< 31/12
34	Generale	Controllo	//	//	Applicazione della normativa specifica in materia di antiriciclaggio	Gestore Segnalazioni Antiriciclaggio	X	X	X	n. segnalazioni ricevute / n. segnalazioni gestite = 1	< 31/12
35	Generale	Controllo (OBBLIGHI INFORMATIVI**)	//	//	Predisposizione ed invio al RPCT della relazione semestrale di monitoraggio/attuazione dell'applicazione delle misure previste dalla Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO (**)	Direttori e Responsabili strutture aziendali	X	X	X	% realizzazione = 100%	Semestrale < 30/06 e 30/11
36	Generale	Controllo (OBBLIGHI INFORMATIVI**)	//	//	Informazioni sui procedimenti disciplinari e segnalazione di violazioni del Codice di Comportamento	Responsabile UPD; Dirigenti di struttura per i procedimenti di competenza	X	X	X	% realizzazione = 100%	Tempestivo, per ogni procedimento / segnalazione
37	Generale	Controllo (OBBLIGHI INFORMATIVI**)	//	//	Segnalazioni indirizzate alla Direzione da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato	Direzione	X	X	X	% realizzazione = 100%	Tempestivo, per ogni segnalazione
38	Generale	Controllo (OBBLIGHI INFORMATIVI**)	//	//	Indicatori di Rischio per tutte le fasi dei contratti di affidamento di beni/servizi/lavori, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	X	X	X	% realizzazione = 100%	Semestrale < 30/06 e 30/11
39	Generale	Controllo (OBBLIGHI INFORMATIVI**)	//	//	Numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi dirigenziali	Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Dipartimenti	X	X	X	% realizzazione = 100%	Semestrale < 30/06 e 30/11
40	Generale	Controllo (OBBLIGHI INFORMATIVI**)	//	//	Verifiche e controlli su cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi	Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Direttore SC Affari Generali e Legali	X	X	X	% realizzazione = 100%	Tempestivo, per ogni verifica
41	Generale	Controllo (OBBLIGHI INFORMATIVI**)	//	//	Esiti di verifiche del rispetto dei termini dei procedimenti	Responsabile Qualità	X	X	X	% realizzazione = 100%	Semestrale < 30/06 e 30/11
42	Generale	Controllo (OBBLIGHI INFORMATIVI**)	//	//	Report di Internal Auditing e altri Organismi di Controllo Interno	NdVP e Internal Auditing, SC Affari Generali e Legali	X	X	X	% realizzazione = 100%	Semestrale < 30/06 e 30/11
43	Generale	Controllo (OBBLIGHI INFORMATIVI**)	//	//	Rendicontazione in ordine alle acquisizioni di beni e servizi infungibili	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	X	X	X	% realizzazione = 100%	Semestrale < 30/06 e 30/11
44	Specifica	Trasparenza	AR.03 – AR.05	P08 – P10 – P11 – P13 – P25-	Attuazione ciclo di digitalizzazione dei contratti pubblici (BDNCP), come da D.Lgs. 36/2023 e PNA2023 (e successive indicazioni ANAC)	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	X	X	X	100%	< 31/12

ID	Misura	Misura di prevenzione (tipologia)	Cod. Area di rischio	Cod. Processo	Obiettivi	Responsabile dell'attuazione della misura	PROGRAMMAZIONE			DECLINAZIONE ANNO 2025	
							2025	2026	2027	Indicatori	Tempistica di attuazione della misura
45	Specifica	Trasparenza	AR.06	P35	Pubblicazione Report sulla Farmacosorveglianza	Direttore Dipartimento Veterinario	X			pubblicazione report = 100%	< 31/12
46	Specifica	Formazione	AR.02	P06	Formazione degli operatori sul vademecum per il controllo delle autocertificazioni presentate dai cittadini	Direttore Dipartimento PIPSS	X	X	X	% realizzazione = 100%	< 31/12
47	Specifica	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	AR.04	P14 - P15 - P17	Promozione della parità di genere nella formazione delle commissioni di concorso	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X	Trasmissione degli atti di nomina della commissione (entro 3 giorni) alla Consigliera di Parità Regionale = 100%	< 31/12
48	Specifica	Semplificazione dell'organizzazione e dei processi	AR.01	P03	Completezza delle anagrafiche in ambito SISP relativamente alle nuove strutture sanitarie	Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	X	X	X	100% registrazione SCIA in Dossier	< 31/12
49	Specifica	Semplificazione dell'organizzazione e dei processi	AR.06 - AR.10	P05 - P37	Gestione informatizzata e standardizzata dei verbali relativi all'attività di vigilanza e ispezione	Direttore SC Servizio Farmaceutico	X	X	X	% verbali di ispezione standardizzati e dematerializzati = 100%	< 31/12
50	Specifica	Semplificazione dell'organizzazione e dei processi	AR.02	P06	Utilizzo check list standard per il controllo delle pratiche - misura B1 (Fragilità e Non Autosufficienza)	Direttore Dipartimento PIPSS	X	X	X	utilizzo check list standard per il 100% delle pratiche soggette a controllo	< 31/12
51	Specifica	Semplificazione dell'organizzazione e dei processi	AR.06	P35	Utilizzo check list standard per l'effettuazione dei controlli nell'ambito del controllo ufficiale	Direttore Dipartimento Veterinario	X	X	X	100%	< 31/12
52	Specifica	Semplificazione dell'organizzazione e dei processi	AR.06 - AR.10	P48 – P49	Utilizzo check list standard per l'effettuazione dei controlli in area sanitaria e territoriale	Direttore Dipartimento PAAPSS	X	X	X	100%	< 31/12
53	Specifica	Semplificazione dell'organizzazione e dei processi	AR.05 - AR.06 - AR.08	P49 - P51	Dematerializzazione del processo sanzionatorio ex L. 689/81 - Consolidamento	Direttore Dipartimento PAAPSS	X	X	X	Utilizzo dell'utilizzo Santionibus per 100% delle sanzioni (completamento implementazione)	< 31/12
54	Specifica	Semplificazione dell'organizzazione e dei processi	AR.03 – AR.04	P10 – P26 - P14 – P15 – P17	Informatizzazione del repertorio dei contratti	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	X	X	X	Registrazione dei contratti negli specifici repertori contratti = 100%	< 31/12
55	Specifica	Semplificazione dell'organizzazione e dei processi	AR.04	P14 – P15 – P17	Informatizzazione del fascicolo del dipendente	Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	X	X	X	Implementazione funzioni per l'informatizzazione del fascicolo del dipendente = 100%	< 31/12
56	Specifica	Regolamentazione	AR.02	P06 - P07	Preventiva esplicitazione dei criteri nel bando /avviso manifestazione interesse	Direttore Dipartimento PIPSS	X	X	X	100%	< 31/12
57	Specifica	Regolamentazione	AR.02	P06	Codifica (nel SGQ aziendale) di check list dei controlli in fase istruttoria (valutazione), ai fini del miglioramento della tracciabilità	Direttore Dipartimento PIPSS	X			% realizzazione = 100%	< 31/12
58	Specifica	Regolamentazione	AR.02	P07	Predisposizione vademecum per la composizione delle commissioni di valutazione dei progetti	Direttore Dipartimento PIPSS	X			% realizzazione = 100%	< 31/12
59	Specifica	Regolamentazione	AR.03	P08 - P25	Formalizzazione della programmazione degli investimenti (completa di valutazione del rischio e criteri di priorità) e acquisizione della validazione della programmazione da parte della Direzione Strategica	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	X	X	X	% realizzazione = 100%	< 31/12
60	Specifica	Regolamentazione	AR.05	P23 - P24	Applicazione del Regolamento in materia di donazioni	Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e contabilità - Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	X	X	X	Applicazione del regolamento al 100% delle donazioni	< 31/12

ID	Misura	Misura di prevenzione (tipologia)	Cod. Area di rischio	Cod. Processo	Obiettivi	Responsabile dell'attuazione della misura	PROGRAMMAZIONE			DECLINAZIONE ANNO 2025	
							2025	2026	2027	Indicatori	Tempistica di attuazione della misura
61	Specifica	Regolamentazione	AR.10	P47 – P48 – P49 – P50 – P51 – P52 – P53	Aggiornamento procedure aziendali (nuovo assetto organizzativo)	Direttore Dipartimento PAAPSS	X			% realizzazione = 100%	< 31/12
62	Specifica	Rotazione	AR.06	P03 – P29 - P30 – P31	Monitoraggio trimestrale della composizione delle équipe dei controlli in ambito DIPS, ai fini del rispetto dei criteri della rotazione	Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	X	X	X	N. report di monitoraggio / anno ≥4	< 31/12
63	Specifica	Controllo	AR.03	P10	Effettuazione dei controlli sulle polizze fideiussorie attraverso l’utilizzo di check list.	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	X	X	X	% controlli effettuati sulle poilizze fideiussione con l’utilizzo di chek list = 100%	< 31/12
64	Specifica	Regolazione rapporti contrattuali	AR.10	P52	Monitoraggio pubblicazione tempi di attesa	Direttore Dipartimento PAAPSS	X	X	X	Relazione semestrale al RPCT sulla verifica dell'avvenuta pubblicazione dei T.A. sul sito web aziendale per gli erogatori sanitari = 100%	< 30/06 - < 31/12
65	Specifica	Regolazione rapporti contrattuali	AR.10	P52	Verifica del rispetto della normativa sui tempi di attesa sul territorio dell'ATS Val Padana	Direttore Dipartimento PAAPSS	X	X	X	Attivazione di un flusso di rilevazione mensile da parte degli erogatori = 100%	< 31/12
66	Specifica	Regolazione rapporti contrattuali	AR.10	P47	Monitoraggio sul rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 33/2013 e LL.GG. ANAC in capo agli enti privati accreditati a contratto	Direttore Dipartimento PAAPSS	X	X	X	Report finale = 100%	< 31/12
67	Specifica	Patti di integrità negli affidamenti (OBBLIGHI INFORMATIVI**)	AR.03	P09 - P10	Applicazione della misura a tutti i procedimenti di competenza (**) – Implementazioni nuovi Patti di Integrità (DGR XII/3599/2024)	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	X	X	X	Report semestrale al RPCT = 100%	I sem.: < 30/06 II sem.: < 31/12
68	Specifica	Disciplina del conflitto di interessi	AR.09	P46	Informativa periodica al personale in merito all'opzione del rapporto di lavoro esclusivo / non esclusivo entro il 30/11	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X	% realizzazione = 100%	< 30/11
69	Specifica	Disciplina del conflitto di interessi	AR.09	P46	Completezza istruttoria in merito all'assenza incompatibilità / assenza conflitto di interessi per l'esercizio della libera professione intramoenia	Direttore SC Affari Generali e Legali	X	X	X	100% acquisizione dei pareri di competenza	< 31/12
70	Specifica	Controllo	AR.02	P06 - P07	Effettuazione dei controlli delle autocertificazioni del Dipartimento PIPSS, nel rispetto dei criteri del vademecum attraverso l'utilizzo di check list standard	Direttore Dipartimento PIPSS	X	X	X	Realizzazione del Piano dei Controlli = 100%	< 31/12
71	Specifica	Controllo	AR.04	P14 - P15 - P17	Rispetto del divieto di svolgimento di procedure di selezione per incarichi professionali o concorsuali con termini e scadenze prossime a importanti festività o periodi feriali	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X	% realizzazione = 100%	< 31/12
72	Specifica	Controllo	AR.05	P28	Monitoraggio degli scostamenti della spesa	Direttore SC Servizio Farmaceutico	X	X	X	Report mensile di monitoraggio = 100%	< 31/12
73	Specifica	Controllo	AR.01	P01 - P02	Monitoraggio rilascio certificazioni ufficiali per esportazione alimenti e riconoscimenti art. 6 Reg. CE 852/2004 in ambito SIAN	Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	X	X	X	Report finale (n. istanze ricevute / n. istanze evase; rispetto tempi procedurali; pagamenti incassati / certificati emessi) = 100%	< 31/12
74	Specifica	Controllo	TUTTE		Attuazione del sistema di controllo dei rilievi verbalizzati dal Collegio Sindacale (come da DGR X/5661/2016)	Direttore SC Affari Generali e Legali	X	X	X	% comunicazioni ai sensi della DGR 5661/2016 / rilievi confermati dal Collegio Sindacale = 100%	Per ogni comunicazione

ID	Misura	Misura di prevenzione (tipologia)	Cod. Area di rischio	Cod. Processo	Obiettivi	Responsabile dell'attuazione della misura	PROGRAMMAZIONE			DECLINAZIONE ANNO 2025	
							2025	2026	2027	Indicatori	Tempistica di attuazione della misura
75	Specifica	Controllo	AR.03	P08 - P09 - P10 - P11 - P12 - P13 - P24 - P25 - P26 - P27	Applicazione misure di prevenzione e controlli per tutti i processi dell'area Contratti, come definiti nella sezione "Anticorruzione e Trasparenza" del PIAO, compresi i controlli aggiuntivi PNRR/PNC	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	X	X	X	Relazione semestrale del Direttore ATP al RPCT sulle misure applicate e sugli indicatori definiti per ogni processo	I semestre < 30/06 II semestre < 31/12
76	Specifica	Controllo	AR.03	P09 - P10 - P11	Utilizzo check list standard per il controllo degli affidamenti	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	X	X	X	% effettuazione e documentazione dei controlli previsti dalla check list per tutti gli affidamenti di valore ≥ 40.000 € = 100%	< 31/12
77	Specifica	Controllo	AR.03	P09 - P10	Controllo delle fidejussioni aperte	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	X	X	X	% controlli effettuati sulle fidejussioni aperte = 100%	< 31/12
78	Specifica	Controllo	AR.03	P10	Verifiche sul fornitore effettuate nella BDNCP di ANAC, tramite FVOE.	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	X	X	X	100	< 31/12
79	Specifica	Controllo	AR.06	P35	Supervisione dell'attività dei veterinari ufficiali	Direttore Dipartimento Veterinario	X	X	X	Nr. supervisioni sul campo senza preavviso ≥ 2	< 31/12
80	Specifica	Controllo	AR.02 - AR.06	P01 - P02 - P03 - P04 – P29 - P30	Supervisione documentale dei verbali per la verifica dell'efficacia dei controlli in ambito di prevenzione sanitaria in ambito SIAN, SISP e SPSAL	Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	X	X	X	rispetto delle % definite nelle procedure aziendali	< 31/12
81	Specifica	Controllo	AR.01 - AR.06	P04 - P35	Supervisione documentale dei verbali del controllo ufficiale per la verifica dell'efficacia dei controlli, secondo le procedure aziendali, in ambito veterinario	Direttore Dipartimento Veterinario	X	X	X	rispetto delle % definite nelle procedure aziendali	< 31/12
82	Specifica	Controllo	AR.05	P19 - P22	Attuazione misure finalizzate al recupero crediti	Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	X	X	X	emissione primo sollecito entro 12 mesi dalla data di scadenza del pagamento = 100%	< 31/12
83	Specifica	Controllo	AR.08	P41	Monitoraggio rispetto termini di prescrizione per l'emissione delle Ordinanze di Ingiunzione per le sanzioni amministrative	Direttore SC Affari Generali e Legali	X	X	X	nr. pratiche in prescrizione per mancata emissione dell'Ordinanza di Ingiunzione = 0	< 31/12
84	Specifica	Controllo	AR.05	P22	Monitoraggio iscrizione a ruolo ordinanze di ingiunzione ex L. 689/81 non pagate	Direttore SC Affari Generali e Legali Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità	X	X	X	% iscrizioni a ruolo / ordinanze di ingiunzione iscrivibili a ruolo (secondo le disposizioni aziendali) = 100%	< 31/12
85	Specifica	Controllo	AR.07	P39	Coerenza affidamento incarichi interni con fabbisogno aziendale	Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	X	X	X	presenza relazione Dirigente = 100%	< 31/12
86	Specifica	Controllo	AR.07	P40	Coerenza affidamento incarichi libero-professionali con budget e fabbisogno aziendale	Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	X	X	X	presenza progetto = 100%	< 31/12
87	Specifica	Controllo	AR.07	P38	Coerenza della nomina (conferimento incarichi) con gli esiti della graduatoria	Direttore SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	X	X	X	n. incarichi conferiti al candidato risultato primo in graduatoria = 100%	< 31/12
88	Specifica	Controllo	AR.02	P06	Istituzione delle Commissioni Dipartimentali	Direttore Dipartimento PIPSS	X	X	X	Istituzione di Commissioni dipartimentali per per ogni progetto relativo all'attribuzione di finalziamenti regionali / locali, con personale afferente a diverse	< 31/12

ID	Misura	Misura di prevenzione (tipologia)	Cod. Area di rischio	Cod. Processo	Obiettivi	Responsabile dell'attuazione della misura	PROGRAMMAZIONE			DECLINAZIONE ANNO 2025	
							2025	2026	2027	Indicatori	Tempistica di attuazione della misura
										strutture dipartimentali attraverso delibera = 100%	
89	Specifica	Controllo	AR.02	P07	Evidenza valutazione collegiale (multiprofessionale, interdipartimentale, interaziendale)	Direttore Dipartimento PIPSS	X	X	X	100% verbali	< 31/12
90	Specifica	Controllo	AR.04	P16	Verifica e controllo della completezza dell'istanza di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X	evidenza dell'avvenuto controllo per il 100% delle istanze ricevute	< 31/12
91	Specifica	Controllo	AR.04	P18	Regolarità formale dell'istruttoria relativa al procedimento disciplinare	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X	rispetto dei termini = 100%	< 31/12
92	Specifica	Controllo	AR.04	P18	Esecuzione della sanzione in esito a procedimento disciplinare	Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X	% sanzioni applicate / sanzioni stabilite dalla commissione = 100%	< 31/12
93	Specifica	Controllo	AR.05	P21	Verifica regolarità requisiti fornitore preliminare al pagamento delle fatture	Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e contabilità	X	X	X	% verifica DURC = 100%	< 31/12
94	Specifica	Controllo	AR.05	P21	Verifica art. 48 bis morosità fornitori preliminare al pagamento delle fatture e degli stipendi	Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e contabilità - Direttore SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	X	X	X	% verifica ai sensi dell'art. 48 bis = 100%	< 31/12
95	Specifica	Controllo	AR.05	P23 - P24	Verifica della capacità donante e rispetto del vincolo di donazione	Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e contabilità - Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	X	X	X	% realizzazione = 100%	< 31/12
96	Specifica	Controllo	AR.05	P24	Atti di accettazione di donazioni di beni	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	X	X	X	nr. atti di accettazione / nr. donazioni accettate = 1	< 31/12
97	Specifica	Controllo	AR.05	P27	Resa del conto giudiziale della cassa economale da parte dell'agente contabile	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato)	X	X	X	100%	< 31/12
98	Specifica	Controllo	AR.05	P27	Regolarità nella gestione della cassa economale	Direttore SC Gestione Acquisti (Provveditorato - Economato) - Direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e contabilità	X	X	X	Rilievi collegio sindacale = 0	< 31/12
99	Specifica	Controllo	AR.06	P31	Comunicazione all'Autorità Giudiziaria delle prescrizioni impartite (in ambito PSAL)	Direttore Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria	X	X	X	% notifiche all'Autorità Giudiziaria / prescrizioni impartite = 100%	< 31/12
100	Specifica	Controllo	AR.06	P31	Comunicazione all'Autorità Giudiziaria della mancata ottemperanza del pagamento della sanzione (in ambito PSAL)	Direttore Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria	X	X	X	% notifiche all'Autorità Giudiziaria / mancata ottemperanza del pagamento = 100%	< 31/12
101	Specifica	Controllo	AR.06	P34	Tracciabilità della fase censimenti e rintraccio e coerenza con banca dati nella gestione dell'emergenza epidemica	Direttore Dipartimento Veterinario	X	X	X	Completezza pratica = 100%	< 31/12
102	Specifica	Controllo	AR.06	P35	Tracciabilità sanzioni	Direttore Dipartimento Veterinario	X	X	X	Verifica dell'avvenuto pagamento delle sanzioni da parte dell'agente accertatore =100%	< 31/12
103	Specifica	Controllo	AR.06	P36	Effettuazione controlli e adozione provvedimenti per la gestione delle allerte per alimenti di origine animale e mangimi	Direttore Dipartimento Veterinario	X	X	X	Segnalazioni per mancato ritiro e/o distruzione alimenti di origine animale e/o mangimi = 0	< 31/12
104	Specifica	Controllo	AR.08	P42	Ricalcolo / riduzione recupero ticket	Direttore SC Affari Generali e Legali	X	X	X	verifica a campione dei ricalcoli ≥ 5%	< 31/12

ID	Misura	Misura di prevenzione (tipologia)	Cod. Area di rischio	Cod. Processo	Obiettivi	Responsabile dell'attuazione della misura	PROGRAMMAZIONE			DECLINAZIONE ANNO 2025	
							2025	2026	2027	Indicatori	Tempistica di attuazione della misura
105	Specifica	Controllo	AR.09	P46	Monitoraggio da parte del Responsabile Diretto del corretto esercizio della libera professione intramoenia	Direttori Dipartimento	X	X	X	% relazioni da parte del Responsabile Diretto / dipendenti che esercitano la l.p = 100%	< 31/12
106	Specifica	Controllo	AR.09	P46	Verifiche effettuate dalla Commissione Paritetica ai sensi art. 33 Regolamento aziendale (verbalizzate in sede di riunione della Commissione	Direttore SC Affari Generali e Legali	X	X	X	n. verbali/anno ≥ 1	< 31/12
107	Specifica	Controllo	AR.10	P47	Verifica dei requisiti soggettivi (per l'accesso ai contratti sanitari e sociosanitari), come da relativi indicatori e percentuali di campionamento definite nel Piano dei Controlli di ACSS (Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo)	Direttore Dipartimento PAAPSS	X	X	X	100% delle verifiche programmate nell’ambito del Piano dei Controlli ACSS	< 31/12
108	Specifica	Controllo	AR.10	P52 - P53	Trasparenza ed efficacia dei controlli in ambito sanitario e sociosanitario	Direttore Dipartimento PAAPSS	X	X	X	esplicitazione e rispetto dei criteri di campionamento di SDO-AMB e FASAS nel 100% dei controlli	< 31/12

Allegato 3 TRASPARENZA

ATS VAL PADANA - OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE IN AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE

(ai sensi del D. Lgs. 33/2013, D.Lgs. 97/2016, Determinazione ANAC 1310 del 28/12/2016, PNA 2022, PNA 2023 e Delibera n. 264 del 20 giugno 2023 come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023)

Ogni obbligo di pubblicazione, anche nel caso di assenza di variazioni in corso d'anno, deve avere una conferma di aggiornamento di quanto pubblicato entro 31/12/2025.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	RPCT	Entro il 31 gennaio 2025	
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'adozione	
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'adozione	
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	Entro 30 gg dall'adozione	
			Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dall'adozione	
			Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti – art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 gg dall'adozione	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	----	----	
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 10/2016	----		
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)				

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14. Co. 1, del d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato),	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art, 14. Co. 1-bis, del d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato),	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	

Organizzazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
				3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico),	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entra 30 gg dalla modifica	
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Affari Generali e Legali	Entra 30 gg dalla modifica	
				Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entra 30 gg dalla modifica	
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Comunicazione	Entra 30 gg dalla modifica	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	Banca dati PerLa PA (Art. 9bis All. b)
				Per ciascun titolare di incarico:				
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30gg avvenuto aggiornamento Banca dati PerLaPA	
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:				
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Affari Generali e Legali	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Affari Generali e Legali	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro il 30/06/2025 i dati riferiti all'annualità 2024 Entro il 31/12/2025 i dati riferiti al primo semestre 2025	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato),	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Affari Generali e Legali	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Affari Generali e Legali	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro il 30/06/2025 i dati riferiti all'annualità 2024 Entro il 31/12/2025 i dati riferiti al primo semestre 2025	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato),	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico	
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	

Personale

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Personale	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 90 gg dall'avvenuta cessazione	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 90 gg dall'avvenuta cessazione	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 90 gg dall'avvenuta cessazione	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico),	-----	DIRIGENZA SANITARIA VEDI NOTA**	
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	Entro 30 gg dalla ricezione del provvedimento	
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	
Dotazione organica		Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	Banca Dati SICO (Art. 9bis All. b) (sia per dotazione organica che per costo personale indeterminato)
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Personale	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	Banca Dati PerLaPA e SICO (Art. 9bis All. b)
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 gg dalla fine del trimestre di riferimento	
	Tassi di assenza	Art. 17, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 gg dalla fine del trimestre di riferimento	
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 gg dalla fine del trimestre di riferimento	Banca Dati PerLaPA (Art. 9bis All. b)
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 giorni dall'efficacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (Art. 9bis All. b)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale	Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (Art. 9bis All. b)
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale	
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei controlli interni	Entro 30 gg dal conferimento dell'incarico	
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei controlli interni	Entro 30 gg dal conferimento dell'incarico	
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 gg dal conferimento dell'incarico	
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	5 gg per bando, Solo per criteri e tracce, a 30 gg dalla chiusura della procedura	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1. Delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte OIV	
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Compresi indicatori ex c.522 legge di stabilità 2016
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l’assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento/atto	
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento/atto	
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	---	---	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	Banca Dati SIQuEL e Patrimonio PA (Art. 9bis All. b)
				Per ciascuno degli enti:				
		Art. 22, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	

Enti controllati

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	Banca Dati SIQuEL e Patrimonio PA (Art. 9bis All. b)
				Per ciascuna delle società:				
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs. 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	Non applicabile per le società ex 9bis D.Lgs. 502/92 smi.
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Enti controllati	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				Per ciascuno degli enti:				
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 10 giorni dall'aggiornamento obbligatorio sul portale del MEF	
		Rappresentazione grafica		Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità

Attività e procedimenti

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	---	---	
	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:				
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 90 gg dalla variazione	
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 90 gg dalla variazione	
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 90 gg dalla variazione	
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 90 gg dalla variazione	
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 90 gg dalla variazione	
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 90 gg dalla variazione	
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 90 gg dalla variazione	
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 90 gg dalla variazione	
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 90 gg dalla variazione	
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 90 gg dalla variazione	
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 90 gg dalla variazione	
				Per i procedimenti ad istanza di parte:				
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 90 gg dalla variazione	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 90 gg dalla variazione	
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	---	---	
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dalla variazione	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche,	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dalla variazione e revisione semestrale	
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera,	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	---	---	
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche,	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 gg dalla variazione e revisione semestrale	
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera,	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	---	---	
Controlli sulle attività economiche*		Art. 23- <i>bis</i> , d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che gli operatori sono tenuti a rispettare per ottemperare nello svolgimento delle attività economiche per ottemperare alle disposizioni normative	Triennale	RPCT	Entro il 28 febbraio (dell’anno successivo al triennio)	

* Modifica denominazione della sezione ai sensi dell’art. 2, c. 5, D.Lgs. n. 103 del 12 luglio 2024

Bandi di gara e contratti**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
	Atti e documenti di carattere generale riferiti a tutte le procedure	Art. 30, d.lgs. 36/2023	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l’automatizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dalle modifiche intercorse	
		Allegato I.5, d.lgs. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dalla manifestazione di interesse	
		Allegato I.5 d.lgs. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dalla scadenza prevista	
		Art. 168, d.lgs. 36/2023	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l’eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l’iscrizione al sistema.	Tempestivo	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dall’avviso/bando	
		Art. 169, d.lgs. 36/2023	Procedure di gara regolamentate settori speciali	Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi Atti eventualmente adottati recanti l’elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dall’adozione del provvedimento	
		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall’art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Tempestivo	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dall’approvazione del progetto	
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023	Pubblicazione	1. Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2. Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall’art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell’allegato) 3. Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall’intervento	Tempestivo	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dall’adozione del provvedimento	
		Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023		Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dall’avviso/bando	
		Art. 28, d.lgs. 36/2023		Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dalla nomina della commissione	
		Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 - Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l’inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	Affidamento	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: Copia dell’ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall’operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell’art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell’offerta	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dalla presentazione della domanda di partecipazione / offerta	

Bandi di gara e contratti**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022	Affidamento	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali*: - deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); - relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); - deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; - contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2); - relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2) * L'ANAC, la Presidenza del Consiglio dei ministri e l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato hanno elaborato alcuni schemi tipo, tra cui quelli relativi ai seguenti documenti: - Relazione sulla scelta della modalità di gestione del servizio pubblico locale, come previsto dall'art. 14, co. 3; - Motivazione qualificata richiesta dall'art. 17, co. 2, in caso di affidamenti diretti a società in house di importo superiore alle soglie di rilevanza europea in materia di contratti pubblici. Resta fermo l'obbligo di trasmissione ad ANAC come espressamente previsto all'art. 31, co. 2, d.lgs. 201/2022. La documentazione è disponibile al seguente link: https://www.anticorruzione.it/-/trasparenza-dei-servizi-pubblici-locali-di-rilevanza-economica	Tempestivo	Non applicabile		
		Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023	Esecutiva	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dalla composizione del Collegio	
		Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati		<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dalla presentazione della relazione	
		D.P.C.M 20 giugno 2023 - Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)						
		Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023	Sponsorizzazioni	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dall'avviso	
		Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; perizia giustificativa; elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezziari ufficiali; verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; contratto, ove stipulato.	Tempestivo	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	
		Art. 193, d.lgs. 36/2023	Finanza di progetto	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento PIPSS	Mensile	
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento PIPSS	Secondo la periodicità necessaria	
				Per ciascun atto:				
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento PIPSS	Mensile	
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento PIPSS	Mensile	
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento PIPSS	Mensile	
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento PIPSS	Mensile	
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento PIPSS	Mensile	
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) <i>link</i> al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento PIPSS	Mensile	
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento PIPSS	Mensile	
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento PIPSS	Entro 30gg dalla fine del semestre/anno di riferimento	
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 30 gg dall'dalla data di adozione	Banca Dati BDAP (Art. 9bis All. b)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo,	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 30 gg dall'dalla data di adozione	
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 30 gg dall'dalla data di adozione	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo,	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 30 gg dall'dalla data di adozione	
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 – Art. 19 e 22 del d.lgs. n. 91/2011 – Art. 18-bis del d.lgs. n. 118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l’integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l’aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30gg dalla fine del trimestre di riferimento	Banca Dati Patrimonio PA (Art. 9bis All. b) REMS - Sistema gestione degli immobili di proprietà statale solo per immobili statali
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30/06/2025 i dati riferiti all'annualità 2024 entro 31/12/2025 i dati riferiti al primo semestre 2025	
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.	RPCT	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C	
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore SC Sistema dei controlli interni	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte OIV	
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore SC Sistema dei controlli interni	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte OIV	
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei controlli interni	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte OIV	
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 30 gg dalla formalizzazione della relazione	
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento Amministrativo	Entro 30 gg dalla conoscenza/comunicazione del rilievo	
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile Comunicazione	Entro 30 gg dall'adozione della Carta dei servizi o documento contenente standard di qualità dei servizi	
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Responsabile Avvocatura	Entro 30 gg dalla notifica del ricorso	
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Responsabile Avvocatura	Entro 30 gg dalla notifica della sentenza	
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Responsabile Avvocatura	Entro 30 gg dall'adozione della misura adottata in ottemperanza alla sentenza	
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore SC Sistema dei Controlli Interni	Entro 30 gg dalla predisposizione dell'annualità di riferimento secondo le scadenze regionali	
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento PAAPSS	Entro 30 gg dalla fine del mese successivo	
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall’art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all’utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete,	Tempestivo	Responsabile Comunicazione	Entro 30 gg dalla formalizzazione della rilevazione	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Non applicabile SSR	Non applicabile SSR	
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 30 gg dalla chiusura del trimestre di riferimento	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 30 gg la fine dell'anno precedente	
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 30 gg la fine del trimestre di riferimento	
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 30/06/2025 i dati riferiti all'annualità 2024 Entro 31/12/2025 i dati riferiti al primo semestre 2025	
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 30 gg dalla modifica	
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	Entro 30 giorni dall'approvazione del bilancio da parte della Regione	Banca Dati BDAP (Art. 9bis All. b)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate,	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	In relazione a termini indicati dall'ANAC	
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Gestione Acquisti (Provveditorato – Economato)	In relazione a termini indicati dall'ANAC	
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile SSN	Non applicabile SSN	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione (anche tramite link)	
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione (anche tramite link)	
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013))	Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione (anche tramite link)	
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione (anche tramite link)	
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione (anche tramite link)	
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione (anche tramite link)	
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione (anche tramite link)	
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione (anche tramite link)	
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento PAAPSS	Entro 31/12 elenco aggiornato all'anno corrente	
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Dipartimento PAAPSS	Entro 31/12 elenco aggiornato all'anno corrente	
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Affari Generali e Legali	Entro 60 gg dall'adozione del provvedimento	
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Affari Generali e Legali	Entro 60 gg dall'adozione del provvedimento	
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità	Entro 60 gg dall'adozione del provvedimento	

Altri contenuti

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif. art.9bis - Allegato B D.Lgs. 33/2013
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell’articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento o secondo indicazioni ANAC	
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT	Entro 30 gg dalla variazione	
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT	Entro 30 gg dall'eventuale adozione	
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell’attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT	Entro 15/12/2025 o nel rispetto delle scadenze definite annualmente da ANAC	
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT	Entro 30 gg dalla comunicazione del provvedimento ANAC	
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT	Entro 60 gg dal verificarsi dell'evento	
	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l’esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	Entro 30 gg dal provvedimento di nomina del RPCT	
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Direttore Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dal verificarsi di eventuali variazioni	
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell’oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Responsabile URP	Entro 30gg dalla fine del semestre di riferimento	
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall’art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Direttore SC Osservatorio Epidemiologico	Aggiornamento entro il 31/03/2025	
		Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Direttore SC Osservatorio Epidemiologico	Aggiornamento entro il 31/03/2025	
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Direttore SC Osservatorio Epidemiologico	Aggiornamento entro il 31/03/2025	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Responsabile obbligo pubblicazione per competenza	Termini di effettivo aggiornamento *	Note e Rif, art,9bis - Allegato B D,Lgs,33/2013
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett, f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate NOTA OBIETTIVI STRATEGICI INDIVIDUATI DALLA DIREZIONE: Dati, informazioni e documenti relativi al contesto epidemiologico e allo stato di salute della popolazione	L'ATS, in mancanza di una precisa indicazione normativa, fissa l'aggiornamento in annuale	Direttore Osservatorio Epidemiologico	Entro il 30/09/2025 dati riferiti all'anno precedente	
				Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate Adempimenti ex art. 4, c. 3 L. 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"	Annuale (ex art. 4, c. 3 L. 24/2017)	Risk Manager Direttore Affari Generali e Legali	Entro il 31/01/2025 dati riferiti all'anno precedente	
				Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate Dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati (DPO) (Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali privacy)	Tempestivo	Direttore Affari Generali e Legali	Entro 30 gg dalla variazione	

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal D.Lgs. 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del D.Lgs. 33/2013)

**NOTA DIRIGENZA SANITARIA: Per la "dirigenza sanitaria" di cui all'art. 41, c.2 del D.Lgs. 33/2013 si continuerà a pubblicare i dati e le informazioni di cui all’art. 15, ritenendo che la pubblicazione dei dati e delle informazioni di cui all'art.14 del D.Lgs. 33 potrà avvenire solo a seguito dell'entrata in vigore della modifica legislativa del comma 3 dell'art. 41 medesimo e di quanto previsto dai DL 162/2019 e DL 183/2020. Si pubblicano invece i dati della Dirigenza Strategica; in tal senso depone anche la sentenza del Tar Lazio n. 12288/2020 pubblicata il 20/11/2020.

*** NOTA BANDI DI GARA E CONTRATTI: per i contratti NON conclusi al 31/12/2023, si fa riferimento agli obblighi di pubblicazione di cui all’All. 9 al PNA 2022 (e declinati nella Griglia degli Obblighi di Pubblicazione del PIAO 2023-2025) e alle indicazioni di cui alla Delibera ANAC n. 582/2023.