



**PIANO TRIENNALE PER LA
PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE E PER LA
TRASPARENZA(PTPCT)**

2020 – 2022

	Funzione	Data
Redatto	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	30/01/2020
Approvato	Consiglio di Amministrazione	31/01/2020

1. RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”.

Legge 4 marzo 2009, n. 15 “Delega al Governo finalizzata all’ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e alla efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni nonché disposizioni integrative delle funzioni attribuite al Consiglio nazionale dell’economia e del lavoro e alla Corte dei conti”.

Legge 18 giugno 2009, n. 69 “Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile”.

Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”.

Delibera n. 105/2010 della Commissione Indipendente per la Valutazione, l’Integrità e la Trasparenza delle amministrazioni pubbliche, recante “Linee guida per la predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità”.

Decreto legislativo 31 maggio 2011 n. 91 “Disposizioni recanti attuazione dell’articolo 2 della legge 31 dicembre 2009, n. 196, in materia di adeguamento ed armonizzazione dei sistemi contabili”.

Legge 134/2012 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 giugno 2012, n. 83, recante misure urgenti per la crescita del Paese”.

Legge 6 novembre 2012 n. 190 e s.m.i. “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”.

Delibera n. 2/2012 della Commissione Indipendente per la Valutazione, l’Integrità e la Trasparenza delle amministrazioni pubbliche: linee guida per il miglioramento della predisposizione e dell’aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l’integrità.

Delibera n. 3/2012 della Commissione Indipendente per la Valutazione, l'Integrità e la Trasparenza delle amministrazioni pubbliche: linee guida per il miglioramento per il miglioramento degli strumenti per la qualità dei servizi pubblici.

Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i. "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Decreto Legislativo 8 Aprile 2013 n. 39, "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190".

Delibera CIVIT n. 50/2013 "Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016" del 4 luglio 2013.

Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 (conv. in L. n. 114/14) recante "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari".

Determinazione A.N.AC. n. 12 del 28 ottobre 2015 recante "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione".

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

Delibera A.N.AC. n. 832/2016 del 3 agosto 2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016".

Linee Guida A.N.A.C per l'attuazione dell'accesso civico generalizzato e degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 97/2016 (Determinazioni n. 1309 e n. 1310 del 28 dicembre 2016).

Determinazione A.N.A.C. n. 241 del 08/03/2017 "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di

amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall'art. 13 del D.Lgs n. 97/2016”.

Delibera A.N.A.C. n. 382 del 12 aprile 2017 - Sospensione dell'efficacia della delibera n. 241/2017 limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art. 14 co. 1 lett. c) ed f) del d.lgs. 33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN.

Dipartimento della Funzione Pubblica - Accesso civico generalizzato (FOIA): Circolare applicativa n. 2 del 30 maggio 2017.

Determinazione A.N.A.C. n. 1134 dell'8 novembre 2017 - Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici.

Delibera A.N.A.C. n. 1208 del 22 novembre 2017: Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione.

Legge 30 novembre 2017, n.179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”.

Codice etico e di comportamento del PTV (2017).

Delibera 1074 del 21 novembre 2018, Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione

Nuovo Atto aziendale del PTV approvato con DCA n. U00029 del 30/01/2018, pubblicato sul S.O. n. 1 al BURL n. 10 del 01/02/2018.

Regolamento dei Procedimenti Disciplinari per il Personale del Comparto (pubblicato sul sito Amministrazione-trasparente/Disposizioni generali, in data 02.03.18).

Delibera ANAC 586 del 26 giugno 2019 Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14 comma 1 bis e 1 ter del d. lgs. 33/2013 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019

Delibera ANAC 1126 del 4 dicembre 2019 Rinvio alla data del 1 marzo 2020 dell'attività di vigilanza dell'ANAC sull'applicazione dell'art. 14, co. 1, lett. F) del d.lgs. 33/2013 con riferimento ai dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti dipendenti e sospensione dell'efficacia della delibera ANAC 586/2019 limitatamente all'applicazione dell'art. 14 co. 1, lett. F) del d. lgs. 33/2013 ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa

Nuovo organigramma dell'Atto aziendale (modifiche approvate con DCA n. U00487 del 2/12/2019 pubblicato sul BURL n. 98 del 5/12/2019)

Regolamento dei Procedimenti Disciplinari per il personale della Dirigenza Medica ed STPA (pubblicato sul sito Amministrazione-trasparente/Disposizioni generali, in data 16.03.18).

Regolamento Disciplinare Personale Convenzionato (pubblicato sul sito Amministrazione-trasparente/Disposizioni generali, in data 04.04.18).

Piano Nazionale Anticorruzione 2019 – Delibera ANAC 1064 del 13 novembre 2019

Oltre al Codice etico e di comportamento del PTV (2017), nel 2018 sono stati approvati i seguenti Regolamenti che presentano una certa contiguità con l'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza:

- Regolamento dei Procedimenti Disciplinari per il Personale del Comparto (pubblicato sul sito Amministrazione-trasparente/Disposizioni generali, in data 02.03.18)
- Regolamento dei Procedimenti Disciplinari per il personale della Dirigenza Medica ed STPA (pubblicato sul sito Amministrazione-trasparente/Disposizioni generali, in data 16.03.18)
- Regolamento Disciplinare Personale Convenzionato (pubblicato sul sito Amministrazione-trasparente/Disposizioni generali, in data 04.04.18)

** Legenda*

Per comodità di lettura, qui di seguito si indicano i significati delle sigle utilizzate nel presente Piano:

- A.N.AC. (ex CiVIT e, dopo il D.L. n. 90/2014, ex AVCP):
Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche

- D.F.P.:

Dipartimento della Funzione Pubblica

- P.N.A.:
Piano Nazionale Anticorruzione
- P.T.P.C.T.:
Piani Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
- P.T.T.I.:
Programma Triennale di Trasparenza e Integrità
- R.P.C.T.:
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

2. INTRODUZIONE

2.1. Inquadramento generale e obiettivi.

La Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata (PTV), in attuazione del D.Lgs. n. 150 del 2009 e in coerenza con il disposto della legge n.190/2012 e s.m.i. “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, del decreto legislativo 14 marzo 2013 , n. 33 e s.m.i. “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, della circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica e del Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, approvato dal Consiglio dei Ministri n. 72, pubblicato in data 8 marzo 2013:

- ✓ avvia un’azione di prevenzione del fenomeno della corruzione, perseguendo un’efficiente gestione delle risorse, individuando le attività con più alto rischio di corruzione, promuovendo una maggiore sensibilizzazione del personale sui temi della legalità e un soddisfacente livello di economicità, intesa come riorganizzazione delle attività lavorative di fronte alla necessità di assimilare concetti, procedure e culture lavorative nuovi, rafforzando, inoltre, nell’agire amministrativo l’etica pubblica, intesa come tutela dell’interesse generale;
- ✓ applica la nuova nozione di trasparenza intesa come: *“accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell’organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all’utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell’attività di misurazione e valutazione”*.

La promozione dell’accessibilità totale presuppone la fruizione da parte dell’intera collettività di tutte le informazioni pubbliche messe a disposizione dal PTV, perseguendo quindi forme diffuse di controllo.

La nozione di trasparenza come in precedenza definita appare decisamente più ampia e netta rispetto a quella già presente nella legge n. 241 del 1990 e si rifà al paradigma della libertà di informazione dell’*open government* di origine statunitense. È radicata infatti in capo a ciascun cittadino, se non sempre un diritto in senso tecnico, quantomeno una posizione qualificata e diffusa alla trasparenza dell’azione delle pubbliche amministrazioni, al fine precipuo di favorire forme diffuse di pubblicità del rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità.

Il presente documento, denominato PTPCT, diviene strumento principale di attuazione della disciplina della prevenzione della corruzione e della trasparenza, finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione che di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità.

PARTE I – Prevenzione della Corruzione

3. Inquadramento normativo, finalità e soggetti coinvolti

Con l'approvazione della Legge n.190/2012 e s.m.i., recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", sono state previste sia delle ulteriori misure repressive per la lotta alla corruzione (aggravamenti delle sanzioni edittali previste negli artt. 318 - 322 del codice penale; inserimenti di nuove fattispecie: art. 319-quater c.p.), sia - soprattutto - strumenti preventivi che coinvolgono a stretto rigore le singole amministrazioni: trasparenza (D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i) intesa come strumento *princeps*, soprattutto attraverso il cd. diritto di accesso civico e il portale "Amministrazione trasparente", per il contrasto in via preventiva alla corruzione; rotazione del personale dirigente o con funzioni apicali in settori esposti a maggior rischio di corruzione; codice deontologico a livello nazionale (D.P.R. n. 62/2013) e locale (a cura di ogni amministrazione); tutela di chi segnala un illecito (art. 54-bis del T.U. n. 165/2001 come modificato dalla L. n. 179/2017); nuova disciplina di autorizzazione e di conferimento degli incarichi per i dipendenti pubblici (art. 53 T.U. n. 165/2001); pubblicità ulteriori, patti di integrità e norme legate ai subcontratti (art. 105 del D.Lgs. n. 50/2016) nel settore degli appalti pubblici.

In particolare, l'impianto soggettivo a livello nazionale è garantito ed alimentato dall'ANAC, a seguito delle previsioni contenute nel D.L. n. 90/2014 (conv. in L. n. 114/2014) e a livello decentrato dai singoli Responsabili per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza; a livello obiettivo, invece, l'attuazione delle singole misure prevede il rispetto di quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione e dai relativi aggiornamenti e soprattutto l'adattamento nella realtà della singola amministrazione di quelle previsioni normative e regolamentari. Il Piano anticorruzione e Trasparenza adottato dall'ente interessato è, metaforicamente, come l'adattamento della stoffa al taglio del sarto per vestire l'organizzazione locale.

Il P.N.A., ex art. 1 della Legge n. 190/2012, è “lo strumento attraverso il quale sono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione nella pubblica amministrazione a livello nazionale”.

Il P.T.P.C.T., ex art. 1, c. 5 della Legge n. 190/2012, invece, costituisce la “valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici di corruzione e indicano gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio”.

Il P.T.P.C.T. è, dunque, un documento programmatico che definisce la strategia operativa di prevenzione della corruzione nell’ambito della singola amministrazione sulla base di una preliminare mappatura e di un previo esame dell’organizzazione e dei possibili rischi.

Il P.T.P.C.T. contiene, allora, una serie di iniziative volte a prevenire e/o ridurre il rischio di comportamenti illeciti, in modo particolare individua i livelli di esposizione al rischio di corruzione degli uffici ed appronta meccanismi di controllo dei processi, di formazione e di qualsiasi altra iniziativa che si ritenga opportuno introdurre per contrastare ogni rischio di illegalità. In particolare, le indicazioni metodologiche riguardano:

- a) l’analisi del contesto esterno ed interno;
- b) la mappatura dei processi;
- c) la valutazione del rischio: è necessario tenere conto delle cause degli eventi illeciti;
- d) il trattamento del rischio: consiste in misure concrete, sostenibili e verificabili.

Il P.T.P.C.T. è adottato dall’Organo di indirizzo politico, su proposta del R.P.C., entro il 31 gennaio di ogni anno, prendendo a riferimento il triennio successivo a scorrimento.

Ogni P.T.P.C.T. viene pubblicato sul sito “Amministrazione trasparente” – “Altri contenuti – Corruzione”.

Come indicato nel nuovo Atto Aziendale (2018), il Policlinico ha avviato un’azione di prevenzione del fenomeno della corruzione, perseguendo un’efficiente gestione delle risorse, individuando le attività con più alto rischio di corruzione, promuovendo una maggiore sensibilizzazione del personale sui temi della legalità e un soddisfacente livello di economicità, intesa come riorganizzazione delle attività lavorative di fronte alla necessità di assimilare concetti, procedure e culture lavorative nuovi, rafforzando, inoltre, nell’agire amministrativo l’etica pubblica, intesa come tutela dell’interesse generale; applicando la nuova nozione di trasparenza intesa come: “accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell’organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all’utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell’attività di misurazione e valutazione”.

Il Piano triennale della prevenzione della corruzione e per la Trasparenza (PTPCT), che il PTV approva annualmente, è, quindi, lo strumento principale per garantire un adeguato livello sia di informazione che di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell’integrità.

A tal fine, il PTPC ha lo scopo di:

- a. individuare le attività con più elevato rischio di corruzione;
- b. prevedere meccanismi di controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c. istituire corsi di formazione e informazione nei confronti dei responsabili e dei dipendenti degli uffici preposti allo svolgimento delle attività in cui è alto il rischio di corruzione;
- d. monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti interni, per la conclusione dei procedimenti;
- e. controllare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere;
- f. dare attuazione al profilo "statico" della trasparenza, che va a sostanziarsi nella pubblicità di categorie di dati attinenti all'amministrazione per finalità di controllo sociale, ed al profilo "dinamico" della trasparenza stessa, correlato al miglioramento continuo dei servizi pubblici, che trova estrinsecazione nella rendicontazione della performance, attraverso cui l'amministrazione risponde delle attività da essa svolte alle categorie di soggetti che possono influenzarle, esserne influenzate o esserne interessate (stakeholder); in tale accezione, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia per il cittadino, sia quale destinatario delle generali attività dell'amministrazione, sia quale utente dei servizi pubblici;
- g. pubblicizzare on line i dati per consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione del PTV per quanto attiene al buon andamento del servizio pubblico reso e alla corretta gestione delle relative risorse;
- h. contenere le linee di intervento finalizzate alla pubblicazione di tutti i dati concernenti l'organizzazione dell'Amministrazione, integrate dalle iniziative per il coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni al fine di individuare e soddisfare ogni ulteriore esigenza di trasparenza.

3.1. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

La conoscenza del P.T.P.C.T. da parte di tutto il personale dell'amministrazione è il primo passo per un uso effettivo delle misure e/o azioni che esso prevede. Il passaggio dalla semplice conoscenza all'azione concreta trae senza dubbio vantaggio da una serie di adempimenti.

Di qui, la previsione dei principali obblighi per i dipendenti sono chiamati a svolgere nell'ambito della strategia di prevenzione.

3.1.1 – Gli Organi della Fondazione di diritto privato PTV

Gli organi della Fondazione PTV sono costituiti dal Presidente della Fondazione (art. 16 vigente Statuto); dal Vicepresidente della Fondazione (art. 16 bis del vigente Statuto); dal Consiglio di Amministrazione (art. 17 del vigente Statuto); dal Direttore Generale (art. 18 del vigente Statuto); dal Collegio dei revisori dei conti (art. 19 del vigente Statuto); dal Collegio di direzione (attivato ex art. 23 dell'Atto di organizzazione e funzionamento della Fondazione PTV del 1/8/2008 e qualificato come 'organo' dal DL n. 152/2012, conv. in L. n. 189/2012).

Con DCA n. T00167 del 01/07/19 è stato nominato il Commissario Straordinario della A.O.U. Policlinico Tor Vergata e con delibera del C.d.A. del 01/07/19 il Commissario Straordinario della Fondazione Policlinico Tor Vergata.

3.1.2 – Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

A seguito della cessazione dai ruoli del Prof. Gian Piero Milano, già nominato con D.D.G. n. 881 del 30.12.2016 quale *Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza*, s'è resa vacante la funzione di RPCT del PTV. Conseguentemente, con D.D.G. n. 1 del 09/01/2018 è stato nominato *Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza* il Prof. Vittorio Capuzza, docente di diritto amministrativo nell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", con lo scopo di garantire il rispetto delle prescrizioni in materia durante l'attuazione del nuovo Atto Aziendale. Il prof. Capuzza è cessato dall'incarico in data 31.01.2019.

In seguito, con DDG n. 71 del 31.01.2019, è stata nominata *Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza* la dr.ssa Maria Rosa Loria, dirigente amministrativo della UOSD Accoglienza, Tutela e Partecipazione della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata.

Il R.P.C.T. predispone, entro il 31 gennaio di ogni anno, il P.T.P.C. e T. e, una volta adottato, verifica l'efficace attuazione del Piano medesimo e, per gli stessi fini, ne cura le modifiche necessarie *medio tempore*.

Le ulteriori competenze previste in capo al R.P.C.T. riguardano:

- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, c. 8 e c. 10, lettera c));
- verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art. 1, c. 10, l. a));
- proporre modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti organizzativi o nell'attività dell'amministrazione (art. 1, c. 10, l. a));

- verificare, d'intesa con il responsabile competente, l'effettiva rotazione del personale preposto allo svolgimento delle attività, nel cui ambito è individuato un elevato rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, c. 10, l. b));
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, c. 10, l. c)).

3.1.3 – Dipendenti

Va precisato che tutti i dipendenti in servizio con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato coinvolti nell'attività amministrativa mantengono, ciascuno, il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti. In particolare, ciascun dipendente ai sensi degli art.1, c.14, Legge n. 190/2012 e degli artt. 8 e 16 del D.P.R. n. 62/2013, è tenuto a:

- rispettare quanto previsto dal P.T.P.C.T., la cui violazione costituisca illecito disciplinare;
- prestare la sua collaborazione al R.P.C.T.;
- segnalare situazioni di illecito di cui sia venuto a conoscenza.

L'art. 1, comma 14 della Legge n. 190/2012 sancisce e chiaramente esprime che anche in capo a ciascun dipendente vige il dovere di rispettare le misure di prevenzione previste dal Piano e in caso di violazione si profilerebbe per quest'ultimo l'illecito disciplinare.

È altresì specificato nell'art. 2 del Codice Etico e di Comportamento della Fondazione PTV l'ambito soggettivo di applicazione, che, fra gli altri e in armonia con quanto previsto nel D.P.R. n. 62/2013, estende, in quanto applicabili, le prescrizioni in materia anche al personale operante presso le strutture del S.S.N. a qualunque titolo e ai collaboratori e consulenti dell'Amministrazione.

4. ORGANIZZAZIONI E FUNZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE

La Fondazione PTV è stata costituita dalla Regione Lazio e dell'Università di Roma-Tor Vergata in base alle previsioni del Protocollo d'intesa Regione/Ateneo del 2005 e della L. R. 26/2007.

Essa è pienamente operativa dal 1° luglio 2008, data dalla quale, è subentrata alla precedente Azienda Universitaria Policlinico Tor Vergata in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, compresi quelli nei confronti della Regione Lazio, inerenti la gestione del Policlinico Universitario.

Come è precisato nel nuovo Atto Aziendale (2018), la Fondazione PTV si configura come “Fondazione di partecipazione”, regolata *in primis* dalle disposizioni del codice civile, senza scopo di lucro, i cui enti partecipanti nonché soci fondatori sono la Regione Lazio e l’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

In coerenza con l’atto costitutivo e lo statuto, e con riguardo agli assetti propriamente istituzionali, la Fondazione, è dotata di personalità giuridica e piena autonomia imprenditoriale, finanziaria, organizzativa e gestionale per il raggiungimento delle finalità istituzionali e della *mission* aziendale, oggetto del presente Atto aziendale e trattati nei successivi titoli.

La Fondazione è lo strumento individuato da Regione ed Università per garantire il diretto e costante coinvolgimento delle rispettive rappresentanze istituzionali nella gestione integrata delle funzioni di assistenza (comprese le attività di eccellenza previste dalla programmazione regionale), di didattica e di ricerca, necessarie e funzionali allo sviluppo delle attività della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università ed al perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria regionale.

La Fondazione PTV ha natura meramente formale privatistica ma deve ritenersi annoverabile a pieno titolo tra gli Enti che godono di uno status giuridico materiale di diritto pubblico, definibile, secondo la nozione comunitaria e interna, quale organismo di diritto pubblico, sulla base dei seguenti fattori:

- la natura pubblica dei soci fondatori (Regione e Università);
- la prestazione di servizi aventi natura pubblica, coincidenti con la gestione delle attività sanitarie facenti capo al Policlinico Tor Vergata, precedentemente prestate dall’Azienda PTV;
- la soddisfazione di esigenze di interesse generale, aventi carattere non industriale o commerciale;
- la soggezione al controllo della Corte dei Conti;
- l’accesso diretto, non in regime di convenzione con la Regione, alla quota di finanziamento ex art. 8 sexies del D. Lgs. 502/92, relativo alla remunerazione delle prestazioni sanitarie ed assistenziali a valere sul riparto del FSR;
- l’applicazione al personale delle norme del pubblico impiego;
- la vincolante applicazione della normativa comunitaria in materia di Appalti pubblici;

L’operatività di tale modello di *governance*, ha, tuttavia, implicato rilevanti complessità di natura istituzionale - anche in considerazione delle dinamiche connesse alla compresenza di due enti distinti quali la Fondazione e l’Azienda - complessità che hanno suggerito l’avvio della procedura di riconoscimento di cui agli articoli 13 e 14 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, così come declinata normativamente dall’articolo 6 della L.R. 22 aprile 2011, n. 6.

In tale prospettiva, con deliberazione del Consiglio di amministrazione della Fondazione n. 1 del 18 luglio 2011 è stato conseguentemente conferito mandato al Direttore generale della Fondazione, anche nella sua veste di Direttore generale dell'Azienda, ad adottare tutti gli atti funzionali e consequenziali all'iter procedimentale di cui sopra - conformemente a quanto previsto dall'art. 6, comma 2, della L.R. n. 6/2011 - il quale ha inoltrato alla Regione Lazio formale domanda di riconoscimento della Fondazione IRCCS di diritto pubblico in data 30/12/2013.

Il PTV si colloca all'interno di un quadro normativo di riferimento finalizzato a promuovere e disciplinare l'integrazione delle attività di didattica e di ricerca con quelle assistenziali, che è rappresentato, prioritariamente, dal D. Lgs. n. 517/99 e s.m.i., norma che trova concretezza e attuazione nei Protocolli d'intesa Regione-Università e, in particolare, in quello, da ultimo, sottoscritto tra Regione Lazio e Università di Tor Vergata in data 24 novembre 2017.

La piena integrazione tra attività didattiche, di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle assistenziali si realizza, infatti, ai sensi e per gli effetti della su richiamata normativa, nel complesso ospedaliero del PTV che, nella considerazione dell'intero percorso evolutivo del proprio modello organizzativo-gestionale, viene individuato quale Azienda di riferimento dell'Università e della Regione nell'ambito del Protocollo d'intesa (art. 2).

Prima del 2018, l'organizzazione della Fondazione PTV è descritta nell' "Atto di Organizzazione e Funzionamento della Fondazione PTV - Policlinico Di Tor Vergata" approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 2 del 01 agosto 2008, a cui si rinvia, e le funzioni sono descritte nel Funzionigramma Aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 307 del 28 maggio 2010, a cui si rinvia.

Va precisato che il Nuovo Atto aziendale del PTV è stato approvato con DCA n. U00029 del 30/01/2018, ed è stato pubblicato sul S.O. n. 1 al BURL n. 10 del 01/02/2018. Si fa rinvio a detto fondamentale documento, che contiene, fra l'altro, il funzionigramma e l'organigramma nuovi. Con DCA n. U00487 del 2/12/2019 pubblicato sul BURL n. 98 del 5/12/2019 sono state approvate modifiche al nuovo organigramma dell'Atto aziendale.

Di conseguenza è stata avviata una attività di rivisitazione e riformulazione del presente Piano, soprattutto per la cd. Mappatura dei processi. Inoltre, la cd. Mappatura e la successiva valutazione dei rischi secondo il nuovo assetto aziendale sono in parte avvenute e continueranno ad esserlo nel corso dell'anno 2020, in armonia con il Sistema di gestione per la Qualità (ISO 9001:2015).

Pertanto, il presente PTPCT riporta delle modifiche necessarie ai fini dell'adeguamento del Piano alla nuova struttura amministrativa e al contestuale adeguamento normativo relativo al Sistema della Qualità; anche alcune attività, quindi, saranno rinviate al 2020.

In relazione all'attuale caratterizzazione del PTV va precisato che sono stati riconosciuti con DCA N.257/2017 numero 557 posti letto complessivi tra ordinari e *day hospital*, attualmente però, a causa del parziale completamento della Torre 8, i posti letto funzionanti sono 520 che non sono sufficienti per soddisfare il rapporto di 3,7 posti letto per mille abitanti previsti dallo standard nazionale. Nel territorio circostante l'Azienda infatti risiedono circa 850 mila abitanti e l'insieme dei posti letto presenti nelle altre strutture di ricovero non raggiunge i 1500, con un rapporto pertanto inferiore a 2 posti letto per mille.

Presso la struttura prestano attualmente servizio circa 2000 operatori con diverse tipologie di contratto.

5. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il PTV definisce e adotta il PTPCT sensi del decreto legislativo 150/2009, della legge n. 190/2012 e s.m.i. e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i..

A tal fine, come già indicato, il PTPCT ha lo scopo di:

- a. individuare le attività con più elevato rischio di corruzione;
- b. prevedere meccanismi di controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c. istituire corsi di formazione/informazione nei confronti dei responsabili/dipendenti degli uffici preposti allo svolgimento delle attività in cui è alto il rischio di corruzione;
- d. monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti interni, per la conclusione dei procedimenti;
- e. controllare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti pubblica amministrazione.
- f. dare attuazione al profilo "statico" della trasparenza", che va a sostanziarsi nella pubblicità di categorie di dati attinenti all'amministrazione per finalità di controllo sociale, ed al profilo "dinamico" della trasparenza stessa, correlato al miglioramento continuo dei servizi pubblici, che trova estrinsecazione nella *rendicontazione della performance*, attraverso cui l'amministrazione risponde delle attività da essa svolte alle categorie di soggetti che possono influenzarle, esserne influenzate o esserne interessate (*stakeholder*); in tale accezione, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia per il cittadino, sia quale destinatario delle generali attività dell'amministrazione, sia quale utente dei servizi pubblici;
- g. per quanto attiene al buon andamento del servizio pubblico reso dal PTV e alla corretta gestione delle relative risorse, pubblicizzare on line i dati per consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione del PTV per quanto attiene al buon andamento del servizio pubblico reso e alla corretta gestione delle relative risorse, con il fine di agevolare la pubblicità delle informazioni alla collettività;
- h. contenere le linee di intervento finalizzate alla pubblicazione di tutti i dati concernenti l'organizzazione dell'Amministrazione, integrate dalle iniziative per il coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni al fine di individuare e soddisfare ogni ulteriore esigenza di trasparenza.

6. RESPONSABILITÀ

Per l'adempimento dei compiti previsti dalla Legge n. 190/2012, il RPCT può in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità e effettuare, tramite l'ausilio di soggetti interni competenti per settore, ispezioni e verifiche presso ciascun ufficio del PTV al fine di procedere al controllo del rispetto delle condizioni di correttezza e legittimità dei procedimenti in corso o già conclusi.

La responsabilità dell'individuazione e comunicazione alla U.O.S.D. "Accoglienza, Tutela e Partecipazione" dei punti del Programma e dei contenuti della sezione "Amministrazione trasparente" del sito del PTV è attribuita ai dirigenti delle diverse strutture aziendali.

La responsabilità della pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito del PTV è del dirigente della U.O.S.D. "Accoglienza, Tutela e Partecipazione".

7. INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ CON PIÙ ELEVATO RISCHIO DI CORRUZIONE

Una delle esigenze a cui il presente Piano deve attendere è l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti.

In base all'art. 1, comma 16, della l. n. 190/2012, le pubbliche amministrazioni assicurano la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili, con particolare riferimento ai procedimenti di:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo n. 50/2016 e s.m.i.;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del decreto legislativo n.150/2009.

La tabella di seguito riporta le attività individuate come potenzialmente a rischio, in base all'organizzazione del PTV precedente al nuovo Atto aziendale (*ante* 1° febbraio 2018):

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
Direzione Generale: U.O.S. Atti deliberativi, gestione documentale e coordinamento segreteria direzione aziendale	<ul style="list-style-type: none">• Gestione documentale.• Tenuta registri ufficiali del Protocollo e delle Delibere• Conoscenza informazioni riservate	BASSO

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
<p>Dipartimento Bilancio e Approvvigionamenti: U.O.C. Approvvigionamenti/U.O.S. Economato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emissione ordini beni e servizi. • Predisposizione gare • Economato 	ALTO
<p>Dipartimento Bilancio e Approvvigionamenti: U.O.C. Bilancio/U.O.S. Gestione Finanziaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pagamento fornitori di beni e servizi • Aggiornamento costante della Contabilità Generale • Monitoraggio mensile dei dati di bilancio attraverso la rendicontazione dei modelli CE 	MEDIO
<p>Dipartimento Bilancio e Approvvigionamenti: U.O.C. Gestione Contabilità</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione contabile e finanziaria delle attività intramoenia svolte dal personale medico autorizzato 	BASSO
<p>Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali: U.O.C. Trattamento Economico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riconoscimenti trattamenti economici accessori • Trattenimenti in servizio 	BASSO

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali: U.O.C. Gestione personale non universitario	<ul style="list-style-type: none"> • Riconoscimento del diritto ad indennità orarie accessorie • Acquisizione personale attraverso procedure concorsuali e selettive • Riconoscimento buono pasto 	MEDIO
Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali: U.O.S. Applicazioni Contrattuali	<ul style="list-style-type: none"> • Cause di servizio • Verifica incompatibilità rapporto unico di impiego • Ricostruzione rapporto di lavoro • Provvedimenti disciplinari 	BASSO
Dipartimento Acquisizione e Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali: U.O.S. Gestione fondi e flussi informativi sul personale	<ul style="list-style-type: none"> • Conferimento, valutazione e revoca degli incarichi: <ul style="list-style-type: none"> – Dirigenziali – Funzioni di coordinamento – Posizioni organizzative • Organizzazione eventi formativi 	MEDIO

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
<p>Dipartimento Affari Istituzionali, Generali e Giuridico Amministrativi: U.O.C. Rapporti con Università ed Enti Convenzionati</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Convenzioni con Enti terzi: <ul style="list-style-type: none"> – per attività di collaborazione scientifica/ricerca – per servizi sanitari/diagnostici/generali resi dal PTV – per svolgimento tirocini formativi e di orientamento – per acquisizione/esecuzione in favore di terzi di servizi non sanitari/amministrativi in regime assimilato alla libera professione intramoenia – per attività di consulenza sanitaria assimilata alla libera professione resa da personale convenzionato – per consulenza in materia di sorveglianza sanitaria • Utilizzo proventi netti derivanti da sperimentazioni cliniche/protocolli di studio in favore del personale universitario o collaboratori esterni 	<p>MEDIO</p>

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
Dipartimento Affari Istituzionali, Generali e Giuridico - Amministrativi: U.O.C. Affari Istituzionali, Generali e Legali	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione polizze assicurative • Gestione procedure per tutela legale del personale • Apertura e gestione amministrativa sinistri • Gestione amministrativa contenzioso legale, giudiziale e stragiudiziale • Gestione amministrativa sinistri per risarcimento danno pazienti/utenti • Partecipazione sedute ordinarie del Nucleo Esecutivo del Sistema di Garanzia • Gestione contrattualistica per acquisizione forniture in service • Gestione contrattualistica per acquisizione servizi generali, servizi di manutenzione ed assistenza tecnica • Gestione contrattualistica per acquisizione forniture in regime di somministrazione, conto deposito, leasing e noleggio 	MEDIO

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
<p>Dipartimento Affari Istituzionali, Generali e Giuridico - Amministrativi: Programma “Sviluppo assetti istituzionali e regolamentari”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione procedure selettive/avvisi per attivazione rapporti di collaborazione coordinata e continuativa e in regime libero professionale area non sanitaria/occasionali • Procedure per costituzione/rinnovo Organi Collegiali Fondazione e gestione procedure liquidazione compensi dei componenti • Attività gestionali ed amministrative Società Consortili • Predisposizione ed attuazione rapporti convenzionali/contrattuali con Fondazione IME • Procedure per predisposizione/stipula di atti convenzionali con Enti terzi per scopi istituzionali/formativi 	<p style="text-align: center;">MEDIO</p>

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
<p>Dipartimento Affari Istituzionali, Generali e Giuridico Amministrativi: U.O.S. Rapporti con UTV e strutture collegate</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione giuridico-amministrativa personale docente/ricercatore e non docente • Trattamento economico personale docente/ricercatore e non docente • Attività libero professionale personale docente/ricercatore • Gestione Medici e Sanitari non medici in formazione specialistica ai fini assicurativi • Autorizzazione personale universitario amministrativo/tecnico attività di supporto alla didattica e ricerca di interesse esclusivo dell'Università e prestazioni residuali di lavoro straordinario in favore del PTV • Convenzioni con UTV: <ul style="list-style-type: none"> – per svolgimento tirocini formativi e di orientamento – per attribuzione incarichi di insegnamento al personale del Policlinico – per finanziamento posti personale docente/ricercatore universitario, assegnisti di ricerca e posti aggiuntivi scuole di specializzazione/Dottorati di ricerca 	<p style="text-align: center;">MEDIO</p>

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
<p>Direzione Sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • partecipazione a concorsi di assunzione personale medico • valutazione /pareri/autorizzazioni su acquisti e manutenzioni tecnologiche (igiene ospedaliera) • valutazioni tecnico-sanitarie su apparecchiature e strumentazione; • valutazioni tecnico sanitarie su farmaci e presidi (commissione aziendale del farmaco e dei presidi) • partecipazione a commissioni di gare per l'acquisto di beni e servizi • contributo alla stesura dei capitolati tecnici • valutazioni tecnico-sanitarie sulle infrastrutture per nuovi interventi (igiene edilizia ospedaliera) • erogazione certificazioni 	<p>ALTO</p>

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
<p>Direzione Sanitaria: UOC Farmacia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Approvvigionamento dei farmaci e di tutti i dispositivi medici sterili necessari per le UU.OO e i Servizi dell'ospedale • consulenza per gli acquisti, stesura capitolati tecnici e partecipazione alle commissioni di gara • controllo e vigilanza del magazzino farmaceutico e dei depositi delle UU.OO (ispezioni) • dispensazione del primo ciclo di terapia ai pazienti dimessi, in ottemperanza alla legge 405/2001; • dispensazione farmaci a distribuzione diretta con attivazione ed implementazione del tracciato Farmed • attività di consulenza ed informazione alle Unità Operative su farmaci e dispositivi medici, interazioni e reazioni avverse; definizione e revisione dei protocolli farmacoterapeutici, garantendo la collaborazione dei farmacisti con tutti gli operatori sanitari • attività di verifica delle procedure connesse all'uso dei farmaci, finalizzata a ridurre gli errori farmacologici • promozione di sperimentazioni cliniche, monitoraggio degli studi e gestione dei farmaci sperimentali • analisi della prescrizione farmaceutica e studi di valutazione dell'uso dei farmaci • Attività amministrative e di certificazione 	<p>ALTO</p>

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
<p>Direzione Sanitaria: UOSD ALPI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • struttura del PTV a cui sono demandate le procedure di regolamentazione, organizzazione sanitaria ed amministrativo-contabile riguardanti l'espletamento dell'attività libero professionale intramoenia, in tutte le fattispecie e modalità di erogazione previste dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari, ivi compresa la gestione delle convenzioni per lo svolgimento di attività in regime libero professionale in favore di enti terzi nonché della attività intramuraria presso strutture esterne (regolamento del PTV approvato con DDG n. 162/2015). • Nella definizione dei modelli gestionali ed organizzativi dell'ALPI, il PTV - come indicato nel nuovo Atto Aziendale (2018) - deve salvaguardare il perseguimento dei seguenti obiettivi strategici ed operativi: <ul style="list-style-type: none"> - garantire il diritto all'esercizio della libera professione per tutto il personale avente titolo in tutte le fattispecie di erogazione previste dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari, attraverso l'attivazione e l'implementazione di adeguate procedure amministrative ed organizzative; - soddisfare le richieste dell'utenza, sia individualmente espressa che associata, nei confronti dei professionisti del PTV aventi titolo all'esercizio dell'ALPI; - garantire i più alti livelli qualitativi dell'offerta assistenziale, sia sotto il profilo delle professionalità che per quanto concerne i modelli organizzativi e di "presa in carico" del paziente; - garantire sistemi di tariffazione che siano da una parte remunerativi di tutti i costi diretti ed indiretti del Policlinico e, dall'altra, 	<p>ALTO</p>

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
	concorrenziali rispetto al mercato di settore.	
<p>Direzione Sanitaria: UOSD Medicina del Lavoro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • sorveglianza sanitaria ai sensi degli articoli 40 e 41 del D. Lgs. 81/2008 smi; attribuzione e qualifiche dell'art. 25 D. Lgs. 81/2008 smi (sopralluoghi ambienti di lavoro, formazione dei lavoratori, archivio sanitario, gestione cartelle cliniche etc); attribuzioni decreto legislativo 151/2001 (tutela della maternità). Valutazione dei rischi • sorveglianza medica ai sensi del D. Lgs. 230/1995 smi; attribuzione e qualifiche specifiche (sopralluoghi ambienti di lavoro, formazione dei lavoratori, archivio sanitario, gestione cartelle cliniche DOSP etc). Attività di collaborazione con l'esperto qualificato, con il servizio dosimetrie e con la Direzione Aziendale 	MEDIO
<p>Direzione: Programma "Coordinamento e supervisione attività di pronto soccorso, liste di attesa e S.G.Q."</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Funzioni di BED MANAGER (ufficio ricoveri) • gestione liste attesa ambulatoriali/ricoveri ordinari-diurni • valutazione appropriatezza dei ricoveri in rapporto ai controlli istituzionali ASL ASP 	MEDIO

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
<p>Direzione Sanitaria: Programma "Coordinamento e supervisione aree Odontoiatria e Diagnostica per Immagini"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione e controllo dell'attività odontoiatrica in regime SSR e Apa • promozione organizzazione e gestione delle attività sanitarie derivanti da convenzioni con Fondi integrativi e assicurazioni.(da attivare) 	MEDIO
<p>Direzione Sanitaria: Programma "Coordinamento e supervisione attività ambulatoriale ed attività a pagamento (APA, ALPI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisione e coordinamento delle attività amministrative 	MEDIO

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
<p>Direzione Sanitaria: Programma Aziendale Servizio Ingegneria Medica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenzione correttiva, nella quale si inseriscono tutte quelle procedure finalizzate a: <ul style="list-style-type: none"> -accertare la presenza di guasto o malfunzionamento di una apparecchiatura elettromedicale; -individuare la causa -ripristinare le condizioni di perfetta funzionalità -eseguire una verifica finale della funzionalità e della sicurezza dell'apparecchiatura • Manutenzione preventiva: procedure periodiche di verifica, controllo, messa a punto, sostituzione parti di ricambio e parti soggette ad usura ed eventuale adeguamento e/o riconduzione a norma, allo scopo di prevenire l'insorgenza di guasti. Tra le attività di manutenzione preventiva programmate, ricoprono particolare importanza le verifiche di sicurezza elettrica, e i controlli di funzionalità che costituiscono un'attività essenziale per la gestione in sicurezza della tecnologia in ambito ospedaliero • Manutenzione proattiva, con l'intento di svolgere una efficace gestione del rischio clinico e massimizzare efficacia, efficienza ed economicità di utilizzo delle apparecchiature elettromedicali, il SIM incontra periodicamente i referenti medici e infermieristici delle varie Unità Operative • effettua i collaudi di accettazione delle apparecchiature acquisite dalla Direzione della Fondazione; • parere tecnico sulle richieste dei reparti • redazione di elaborati tecnici di acquisto (capitolato prestazionale, relazione tecnica ecc.); • definizione e coordinamento di eventuali adeguamenti impiantistici per le nuove acquisizioni 	<p>MEDIO</p>

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
	<ul style="list-style-type: none"> • valutazione tecnico-economica • Laddove richiesto dalla Direzione, il Servizio di Ingegneria Medica effettua una valutazione più approfondita e dettagliata sulla tecnologia, nota sotto il nome di Health Technology Assessment; tale valutazione tiene conto di valutazioni di natura tecnica, economica, gestionale, clinica e sociale • Il Servizio di Ingegneria Medica effettua consulenza per la Direzione della Fondazione e per il personale operatore in relazione alla gestione degli elettromedicali, con particolare riferimento agli aspetti tecnici, economico-gestionali, di gestione del rischio e del sistema qualità • promuovere miglioramenti o adeguamenti al sopraggiungere di nuove esigenze / opportunità derivati dall'innovazione tecnologica 	
<p>Direzione Sanitaria: Programma a valenza scientifico professionale "Medicina Legale"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione servizio morgue 	MEDIO

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
<p>Direzione Generale: UOC Umanizzazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilità, ove per competenze nelle forniture inerenti gli allestimenti e gli arredi in generale • referenza interna del Servizio di Manutenzione ordinaria degli spazi verdi e per la realizzazione di nuove aree verdi nel complesso edilizio della Fondazione • partecipazione condivisa per quanto riguarda l'edizione di capitolati di gara, relativamente a quelle parti nelle quali sono richieste competenze • elaborazione e valutazione di finalizzate ricerche di mercato di prodotti, non strettamente sanitari, necessarie per gli allestimenti 	<p>BASSO</p>
<p>Direzione Generale: UOS Comfort</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinamento e controllo dei servizi: <ul style="list-style-type: none"> – area igiene e pulizia – area noleggio e lavaggio biancheria-divise – area ristorazione – area lavaggio e manutenzione tende • Manutenzione beni mobili: <ul style="list-style-type: none"> – arredi – macchine per lo smaltimento dei rifiuti biologici • Consulenza alla UOC Approvvigionamenti per l'acquisto di articoli sanitari 	<p>MEDIO</p>
<p>Direzione Generale: UOC Prevenzione, Protezione e Sicurezza nei luoghi di lavoro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione e gestione delle emergenze non sanitarie • fornitura e manutenzione gas medicali • servizio di dosimetria fisica • prevenzione e controllo delle infestazioni animali • rimozione veicoli in sosta intralcio 	<p>MEDIO</p>

Struttura coinvolta	Attività a rischio	Grado di rischio (*)
	<ul style="list-style-type: none"> • selezione e verifica di presidi medico-chirurgici con dispositivi di sicurezza 	
Direzione Generale: UOSD Accoglienza, Tutela e Partecipazione	<ul style="list-style-type: none"> • Componente Nucleo Esecutivo-Sistemi di Garanzia • partecipazione a commissioni interne • coordinamento attività di gestione della telefonia (esternalizzato) • collaborazione all'ideazione e alla elaborazione di progetti aziendali anche realizzati con contributi esterni 	MEDIO
Direzione Generale: Programma Aziendale di Assistenza Legale/Assicurativa agli operatori ed alla struttura erogatrice del Servizio Sistema Di Garanzia	<ul style="list-style-type: none"> • Accertare eventuali responsabilità per eventi segnalati dall'utenza, e valutare, e se del caso liquidare, i possibili danni, riducendo i casi di contestazione e contenzioso 	MEDIO

(*) Alto / Medio / Basso

L'attuazione graduale delle disposizioni del PTCPT ha l'obiettivo di tenere sotto controllo e di abbassare il grado di rischio rispetto a quanto indicato.

Il RPCT, tramite il coinvolgimento dei Dirigenti e dei singoli responsabili di settore, procederà:

- a. alla verifica ed eventuale implementazione della tabella relativa alle attività a rischio e, quindi, alla ridefinizione del grado di rischio;
- b. all'adozione di accorgimenti organizzativi per l'individuazione di conflitti di interesse, anche potenziali, soprattutto con riferimento alle acquisizioni ed alle procedure concorsuali.

7.1 Nuova mappatura dei processi.

Con l'entrata in vigore del nuovo Atto Aziendale (2018) è stata avviata la nuova mappatura dei processi secondo la matrice che qui di seguito si descrive.

Va evidenziato che, già nel 2018, nel contesto della cosiddetta mappatura, sono state avviate le complesse fasi di individuazione e di valutazione del rischio secondo la matrice qui di seguito rappresentata. Tale attività è durata per tutto il 2019, stante la obiettiva complessità della struttura del PTV.

Fermo restando che l'individuazione e la gestione del rischio così come espresse nell'All. 1 del PNA 2019 troverà una ulteriore e più intensa applicazione nel corso dell'anno 2020, e considerando altresì il grado già obiettivamente penetrante di analisi che la mappatura svolta, con proficuo impegno dei Dirigenti delle aree interessate, rappresenta e garantisce.

Si riporta, innanzitutto, la struttura della scheda mappatura dei processi da realizzare, che consente di sintetizzare le descrizioni e le informazioni necessarie relative ai singoli processi e ai relativi rischi, attraverso l'individuazione di elementi quali:

- Struttura organizzativa;
- Responsabile del procedimento amministrativo;
- Denominazione e descrizione del procedimento amministrativo;
- Riferimenti normativi del procedimento amministrativo;
- Indicazione di quale misura si ritenga utile introdurre per mitigare/correggere/prevenire il rischio del procedimento descritto;
- Termine del procedimento
- Tabella valutazione del rischio (Allegato 5 del PNA);
- Identificazione delle misure esistenti (per singolo rischio individuato).

In particolare, il processo si realizza su schede ripartite in 4 sezioni:

- 1a sezione: "Struttura di appartenenza";
- 2a sezione: "Elenco dei procedimenti" in cui vanno riportati i procedimenti che si ritengono a maggior rischio di corruzione;
- 3a sezione: "Indici della valutazione della probabilità" in cui si risponde alle domande presenti nell'Allegato 5 del Piano Nazionale Anticorruzione;
- 4a sezione: "Indici della valutazione della probabilità" in cui si risponde alle domande presenti nell'Allegato 5 del Piano Nazionale Anticorruzione;

Al termine della mappatura dei processi, saranno avviate riunioni tra il RPCT e le strutture amministrative interessate, al fine di far emergere in maniera più dettagliata i rischi connessi ad ogni singolo processo e adottare adeguate misure di prevenzione della corruzione. In tal modo, coinvolgendo l'intera struttura amministrativa, sarà possibile una maggiore condivisione degli

obiettivi e una più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti. Sarà altresì possibile individuare misure di prevenzione della corruzione più efficaci e penetranti.

Per ogni procedimento delle “aree di rischio” dovrà seguire la valutazione della **probabilità** che il rischio si realizzi (“Indici di valutazione della probabilità”) e dell’**impatto**, cioè delle conseguenze che il rischio produce per giungere alla determinazione del livello del rischio (“Indici di valutazione dell’impatto”) e ottenere così il “Valore del rischio del processo”, come da Allegato 5 del P.N.A.

Sono applicabili punteggi che variano da 0 a 5. Ai sensi del detto Allegato 5, con riferimento alla **probabilità**:

- il punteggio 0 segnala una situazione in cui non esiste alcuna esposizione al rischio, mentre il punteggio 5 un’esposizione a rischio “altamente probabile”.

Per l’**impatto**:

- il punteggio 0 indica un impatto sostanzialmente nullo, mentre il punteggio 5 un impatto pieno.

La **valutazione complessiva del rischio** è calcolata: **probabilità x impatto**, con un valore massimo di esposizione pari a 25.

Tabella A – Valore rischio delle Macro-aree

Aree di rischio	Uffici	Processo	Indici di valutazione della probabilità (vedere Tabella B – come <i>legenda</i>)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B6)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)	
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4				
UOC/UOSD Aree funzionali Unit (di diretta dipendenze) – DIREZIONE AZIENDALE (Direzione generale, Direzione amministrativa, Direzione Sanitaria).																
Dipartimenti, UOC/UOSD/Are e funzionali/ Unit dipendenti																

Per l'analisi, si seguirà la seguente **Tabella B** analitica e particolareggiata, che costituisce una sorta di *legenda* per la compilazione della Tabella A:

	Riferimento	Indici di valutazione della probabilità	valore
Discrezionalità	A1	Il processo è discrezionale?	
		No, è del tutto vincolato	1
		E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	2
		E' parzialmente vincolato solo dalla legge	3
		E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	4
		E' altamente discrezionale	5
Rilevanza esterna	A2	Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?	
		No, ha come destinatario finale un ufficio interno	2
		Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento	5
Complessità del processo	A3	Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?	
		No, il processo coinvolge una sola p.a.	1
		Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni	3
		Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni	5
Valore economico	A4	Qual è l'impatto economico del processo?	
		Ha rilevanza esclusivamente interna	1
		Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico	3
		Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni	5
Frazionabilità del processo	A5	Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato?	
		No	1
		Sì	5
Controlli	A6	Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?	
		Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione	1
		Sì, è molto efficace	2
		Sì, per una percentuale approssimativa del 50%	3

		Si, ma in minima parte	4
		No, il rischio rimane indifferente	5
		Indici di valutazione dell'impatto	valore
Impatto organizzativo	B1	Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)	
		fino a circa 20 %	1
		fino a circa 40 %	2
		fino a circa 60 %	3
		fino a circa 80 %	4
		fino a circa 100 %	5
Impatto economico	B2	Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei Conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della pubblica amministrazione di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della pubblica amministrazione di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?	
		No	1
		Si	5
Impatto reputazionale	B3	Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?	
		No	0
		Non ne abbiamo memoria	1
		Si, sulla stampa locale	2
		Si, sulla stampa nazionale	3
		Si, sulla stampa locale e nazionale	4
Si, sulla stampa locale, nazionale e internazionale	5		
Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	B4	A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?	
		A livello di addetto	1
		A livello di collaboratore o funzionario	2
		A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa	3
		A livello di dirigente di ufficio generale	4
		A livello di capo dipartimento/segretario generale	5

La tabella è diretta ai responsabili di:

1. UOC/UOSD, Aree funzionali, Unit (di diretta dipendenze) – DIREZIONE AZIENDALE (Direzione generale, Direzione amministrativa, Direzione Sanitaria);
2. Dipartimenti, UOC/UOSD/Aree funzionali/ Unit dipendenti.

Consentirà, agli stessi, nel particolare e nella competenza di attuare un'autovalutazione dei processi individuati, eventualmente a rischio corruzione.

La fase successiva è quella dell'analisi e all'esame per tutti quei processi con valore di rischio ≥ 9 (Matrice "Impatto – Probabilità"), tramite la compilazione della seguente scheda "Analisi Aree di Rischio", redatta secondo la Determinazione A.N.AC. n. 12 del 28 ottobre 2015 avente ad oggetto "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione", come modificata altresì con il PNA dell'A.N.AC. n. 831/2016:

Scheda Analisi Aree di Rischio: processo		NOTA
Analisi Aree Rischio	Individuazione dell'Area di Rischio	
Denominazione del procedimento amministrativo	Nome del singolo procedimento amministrativo all'interno dell'Area di Rischio	
Descrizione (Oggetto e finalità) del Procedimento amministrativo	Descrizione dell'insieme delle risorse strumentali utilizzate e dei comportamenti posti in essere da persone fisiche e giuridiche ("Chi fa che cosa"); descrizione dell'oggetto del provvedimento emanato al termine del procedimento amministrativo.	
Rischi del Procedimento amministrativo	Quali sono gli ambiti e le pericolosità della procedimento a potenziale rischio corruzione. Indicare le possibili cause e i fattori alla base del rischio corruzione.	
Riferimenti normativi del procedimento amministrativo	Quali sono le Norme che disciplinano il procedimento amministrativo	
Responsabile del procedimento		
Uffici coinvolti	Gli uffici competenti o interessati	
PRIMA FASE		
Analisi del Procedimento Amministrativo	Analisi del Contesto Esterno ed Interno. Compilando Allegato 5 del PNA approvato con Delibera ANAC n.75/2013, così da determinare la stima della probabilità di occorrenza e dell'impatto del processo.	Analisi del Contesto esterno ed interno sezione 6.3 della Determina n. 12 ANAC del 28/10/2015

Identificazione del rischio	Identificazione, analisi e ponderazione del rischio. Individuare le possibili attività del procedimento amministrativo che possono essere a rischio corruzione	Valutazione del rischio, sezione 6.4 della Determina n. 12 ANAC del 28/10/2015
Individuazione delle misure di intervento	Individuare le specifiche azioni di intervento (che devono essere precise e fattibili, verificabili nella loro effettiva realizzazione) che saranno messi in atto	
Best Practice	Predisposizione di linee guida rivolte al personale del PTV per rendere note le integrazioni delle misure di prevenzione della corruzione con le misure organizzative volte alla funzionalità amministrativa. (Prima fase di Best Practice)	pag 8 della Determina n. 12 ANAC del 28/10/2015
SECONDA FASE		
Reingegnerizzazione	Reingegnerizzazione del processo in un'ottica di eliminazione dei fattori obiettivi a rischio corruzione	Trattamento del rischio sezione 6.5 della Determina n. 12 ANAC del 28/10/2015

TERZA FASE		
Realizzazione di un Cruscotto	Realizzazione di un Cruscotto direzionale che gestisca il rischio corruzione interessando tutti i livelli organizzativi ed evidenziando le eventuali disfunzioni a livello organizzativo del procedimento amministrativo in esame e delle sue correlazioni con altri procedimenti amministrativi.	Processo di gestione del rischio, sezione 6.1 della Determina n. 12 ANAC del 28/10/2015
Programmazione attività di monitoraggio	Programmazione di attività di monitoraggio con relativa tempistica e referenti del monitoraggio del procedimento amministrativo preso in esame	Monitoraggio dell'attuazione delle misure, sezione 6.6 della Determina n. 12 ANAC del 28/10/2015

La scheda "Scheda Analisi Aree di Rischio: processo" riporta nella parte iniziale, oltre ad una dettagliata descrizione del procedimento amministrativo in esame, l'individuazione delle possibili cause e dei fattori alla base del rischio, la normativa di riferimento e l'indicazione degli uffici competenti.

Come già detto, il nuovo Atto aziendale è stato approvato con DCA n. U00029 del 30/01/2018 e pubblicato sul S.O. n. 1 al BURL n. 10 del 01/02/2018. Per tutto il 2018 l'amministrazione del PTV ha dato attuazione all'Atto secondo quanto indicato nel funzionigramma (All. 3 all'Atto, pp. 149-197) soprattutto mediante il conferimento degli incarichi, a cominciare dal

livello dirigenziale. Attualmente, sono in corso i conferimenti relativi agli altri incarichi professionali, quindi non è conclusa la complessa procedura.

Per il conferimento di detti incarichi sono stati dapprima emanati appositi regolamenti indicanti i procedimenti amministrativi comparativi da esperire; in particolare, il Regolamento per l'affidamento e la valutazione degli incarichi dirigenziali a responsabilità Universitaria (pubblicato sul sito Amministrazione-trasparente/Disposizioni generali, in data 09.02.2018) e il Regolamento per l'affidamento e la valutazione degli incarichi dirigenziali a responsabilità ospedaliera (pubblicato sul sito Amministrazione-trasparente/Disposizioni generali, in data 11.06.18).

Inoltre, in merito alle Deleghe per la sicurezza ex art. 17 dell'Atto aziendale (e art. 16 del T.U. n. 81/2008), con DDG n. 341 del 13.04.2018 sono state individuate le procedure per il conferimento delle deleghe e disciplina del rapporto di delega in materia di tutela della salute e sicurezza, deleghe che in concreto hanno riguardato (pubblicate sul sito Amministrazione-trasparente/Disposizioni generali):

Delega per la sicurezza - DAI di Scienze chirurgiche

Delega per la sicurezza - DAI di Scienze mediche

Delega per la sicurezza - DAI di Emergenza e Accettazione

Delega per la sicurezza - DAI di Oncoematologia

Delega per la sicurezza - DAI del Benessere della salute mentale e neurologica, dentale e degli organi sensoriali

Delega per la sicurezza - DAI dei Processi assistenziali integrati

Delega per la sicurezza - Area Funzionale di Diagnostica di laboratorio

Delega per la sicurezza - Area Funzionale Neurologica

Delega per la sicurezza - Area Funzionale dei Servizi assistenziali integrati

Infine, è da segnalare che nella prima metà del 2019 il Policlinico Tor Vergata ha ottenuto la certificazione di qualità KIWA CERMET (UNI EN ISO 9001:2015), nonché la certificazione CEPAS SCS03 di primo livello rispetto al modello adottato per la gestione del rischio in ambito sanitario.

Dunque, tutto ciò considerato, la cd. mappatura e la valutazione dei rischi sono iniziate nel 2018, compatibilmente con quanto s'è detto e che ha sostanzialmente modificato il quadro di riferimento materiale, sono continuate nel 2019 e continueranno nel 2020 alla luce del nuovo assetto aziendale come individuato nel nuovo atto Aziendale e nel necessario contesto armonico che nella strategia del PTV è garantito dal Sistema di gestione per la Qualità.

Si precisa che già in fase di definizione dei processi, in ossequio alla normativa europea UNI EN ISO 9001:2015 del Sistema di Gestione per la Qualità, sono state previste misure atte a prevenire

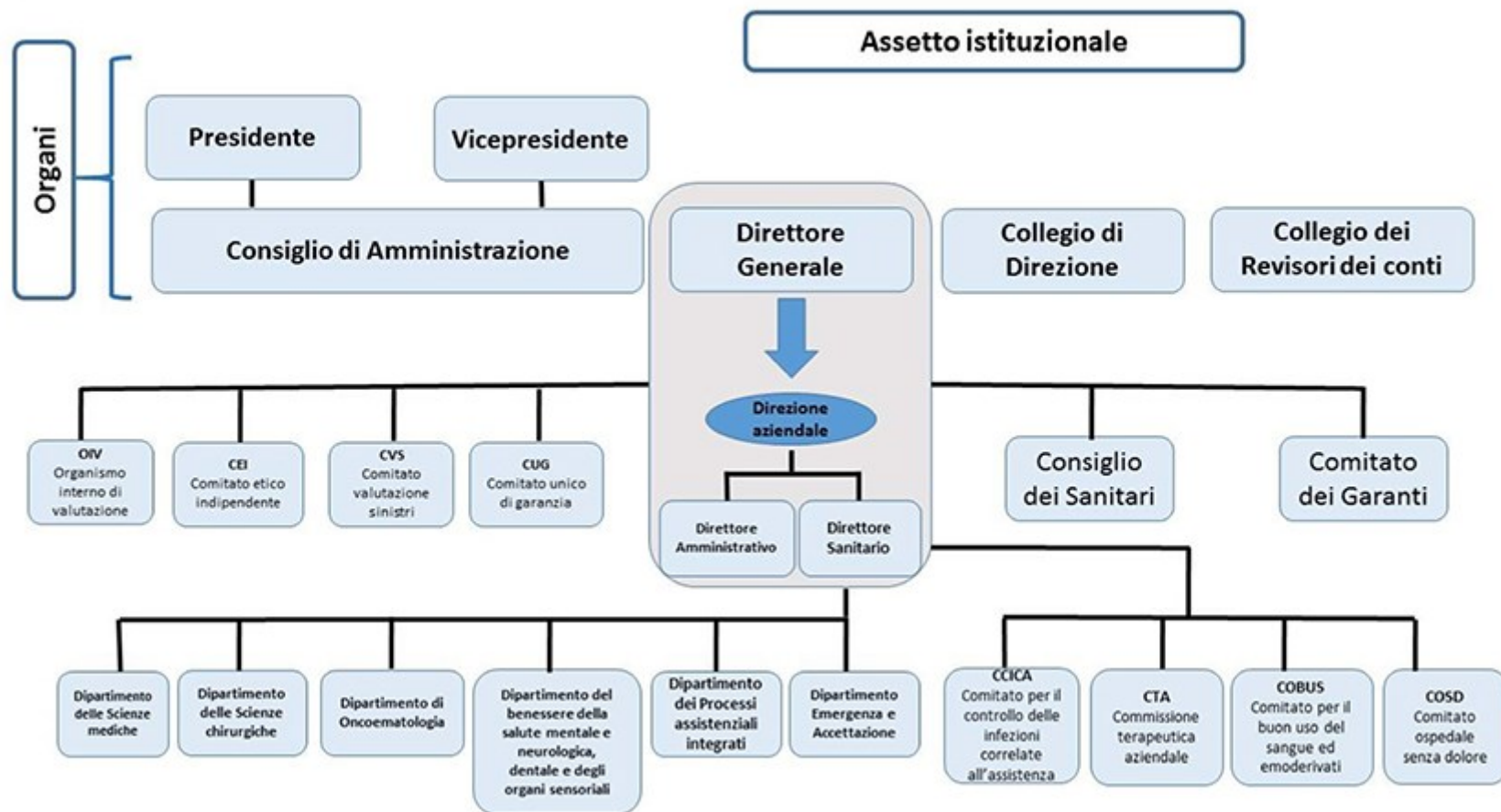
il rischio della corruzione, di cui si è tenuto conto nella valutazione effettuata nella seguente tabella.

Mappatura Rischio Corruzione (allegato n. 1)

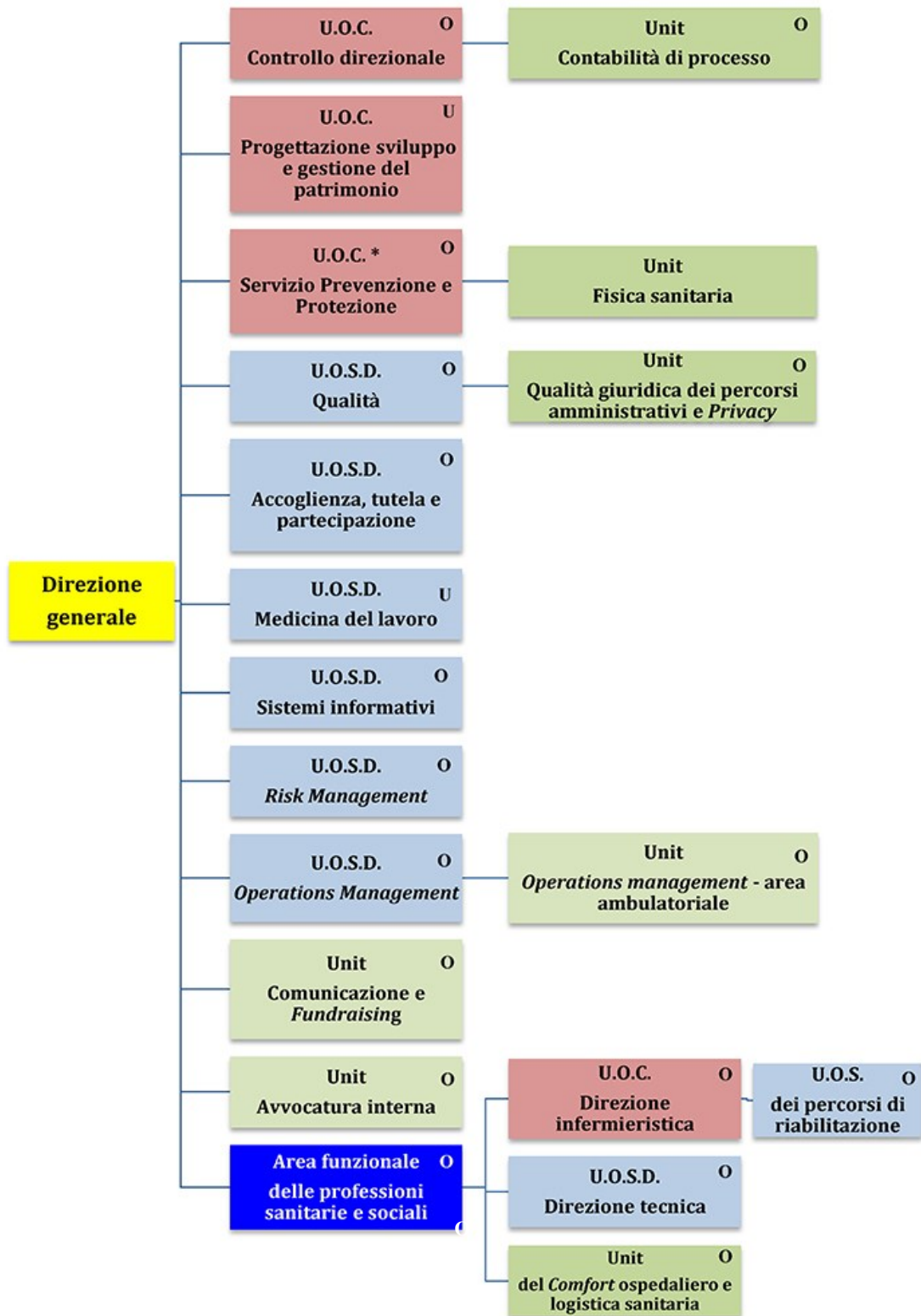
In concreto, il nuovo assetto del PTV alla luce dell'Atto aziendale 2018 (Allegato 4), pp. 188-197) si presenta come segue:

Organigramma relativo al Nuovo Atto Aziendale
 Nuovo organigramma dell'Atto aziendale (modifiche approvate con DCA n. U00487 del 2/12/2019 pubblicato sul BURL n. 98 del 5/12/2019)

Allegato n. 4 - Organigramma

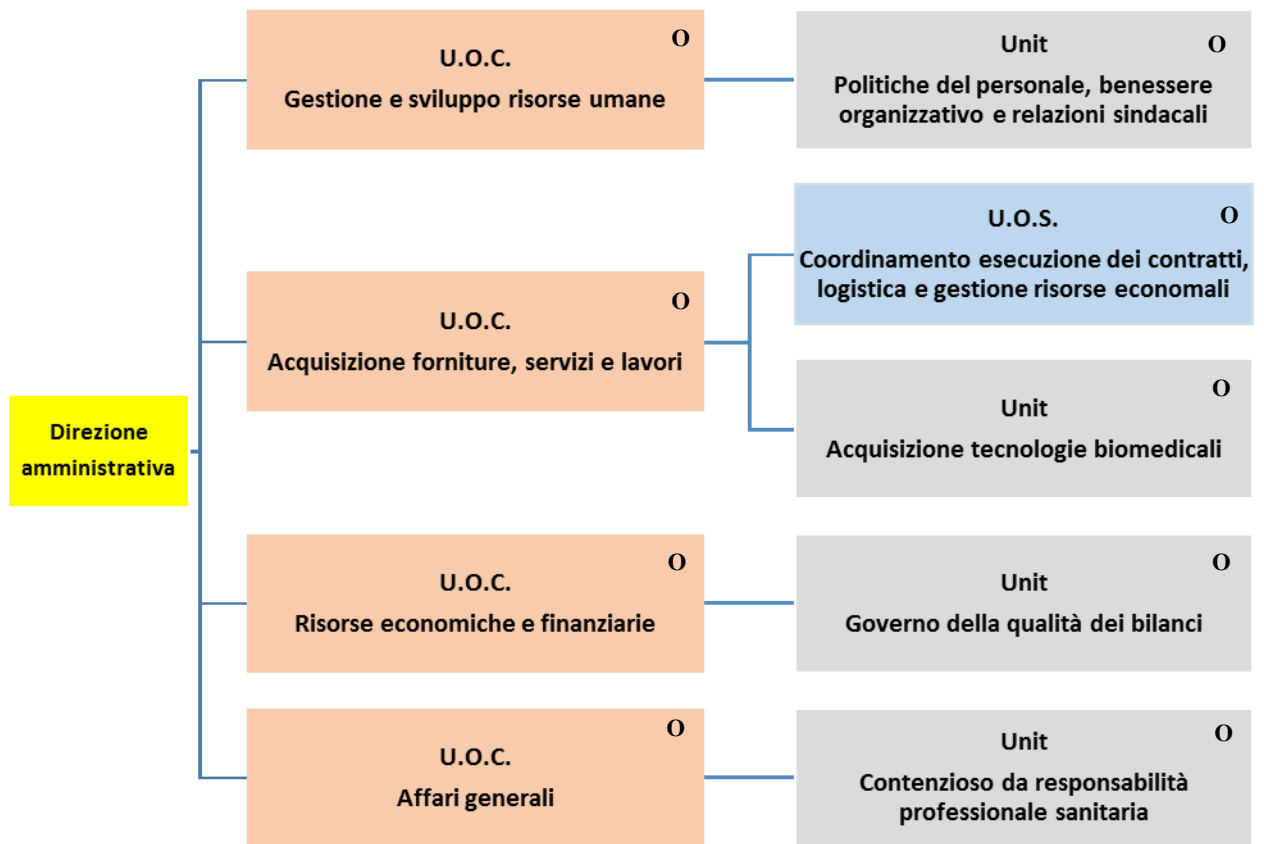


Direzione aziendale

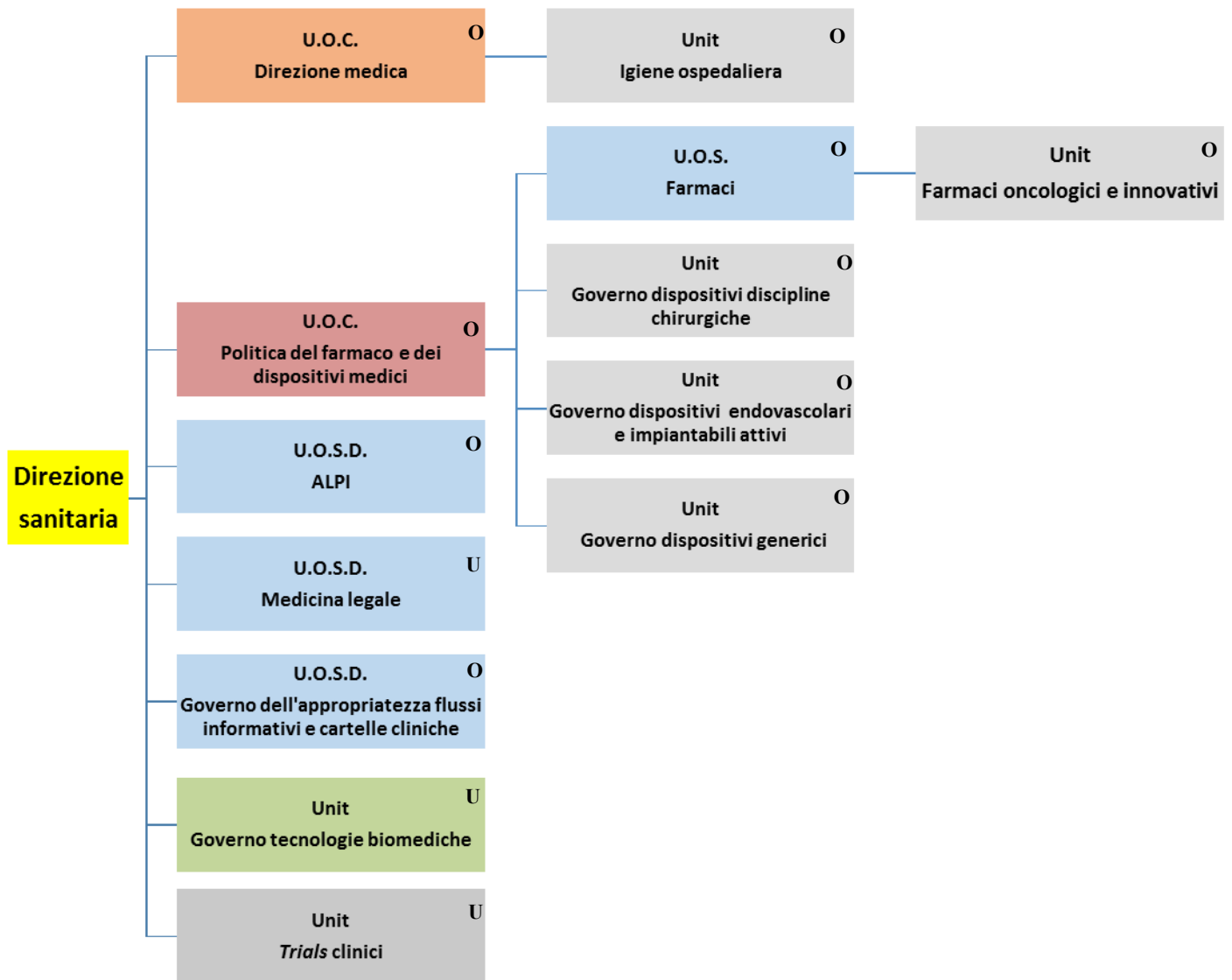


(*) U.O.C. a esaurimento successivamente al 31.12.2018 ma entro il triennio di vigenza del Protocollo d'Intesa

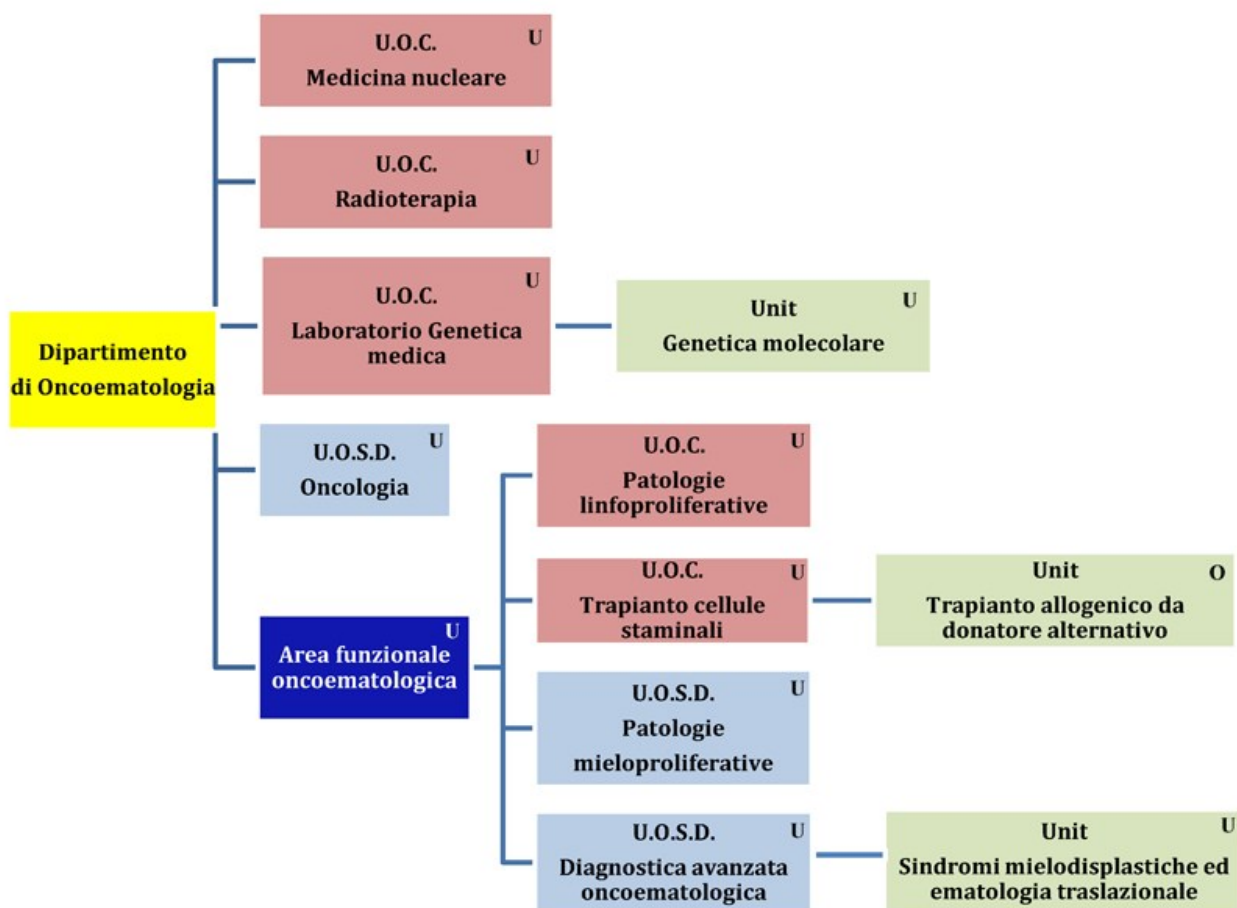
Direzione aziendale



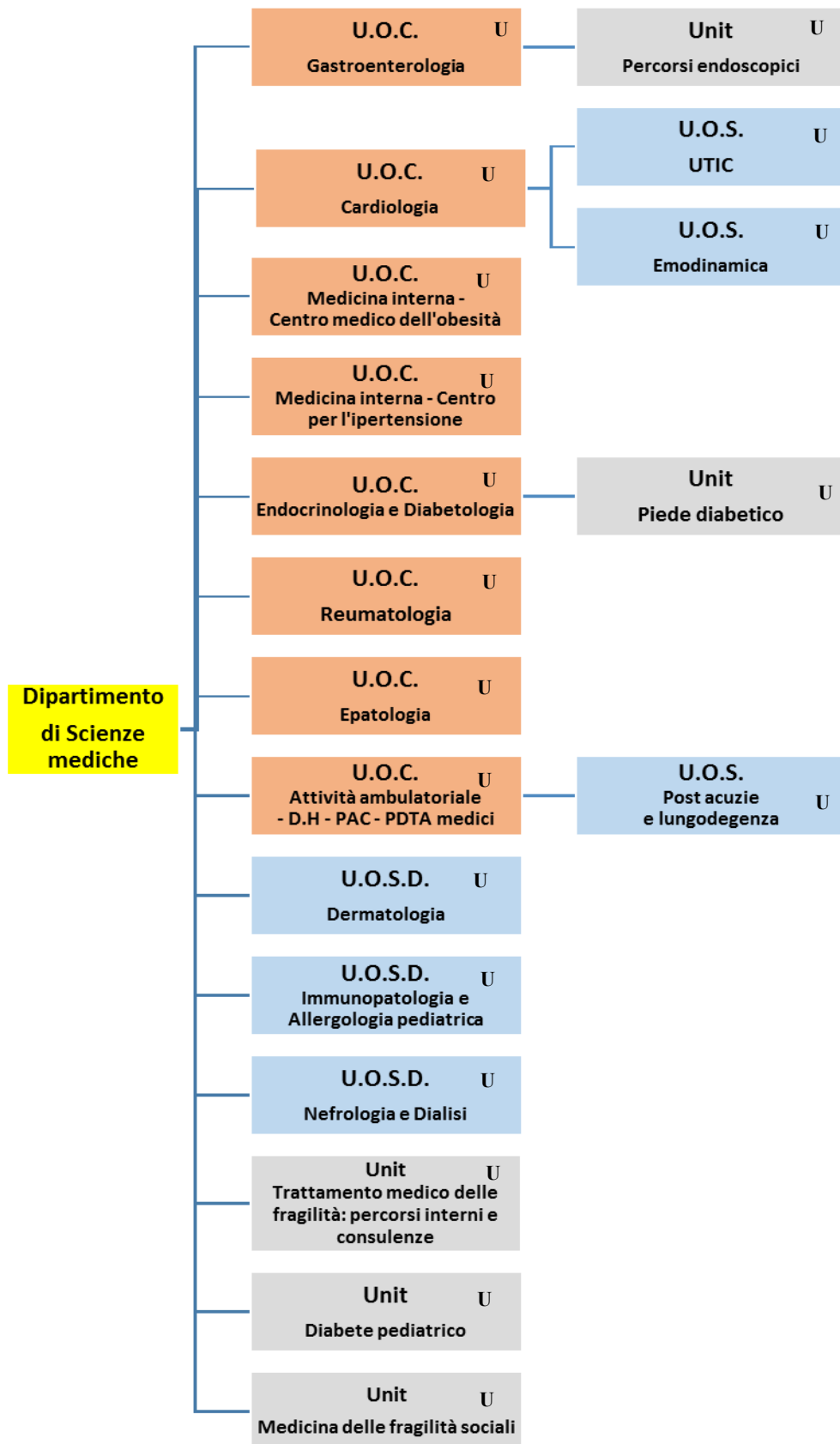
Direzione aziendale



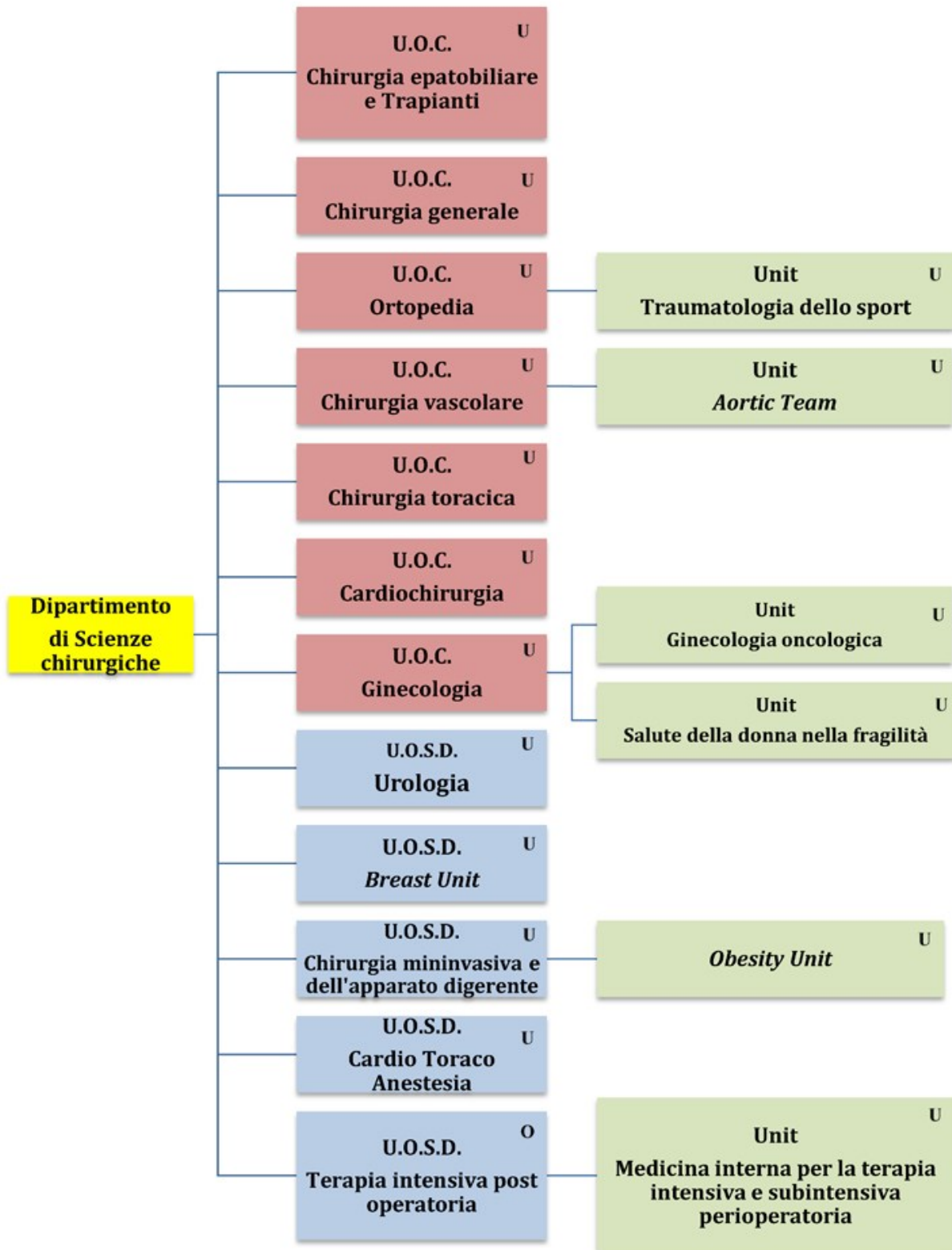
Dipartimento di Oncoematologia



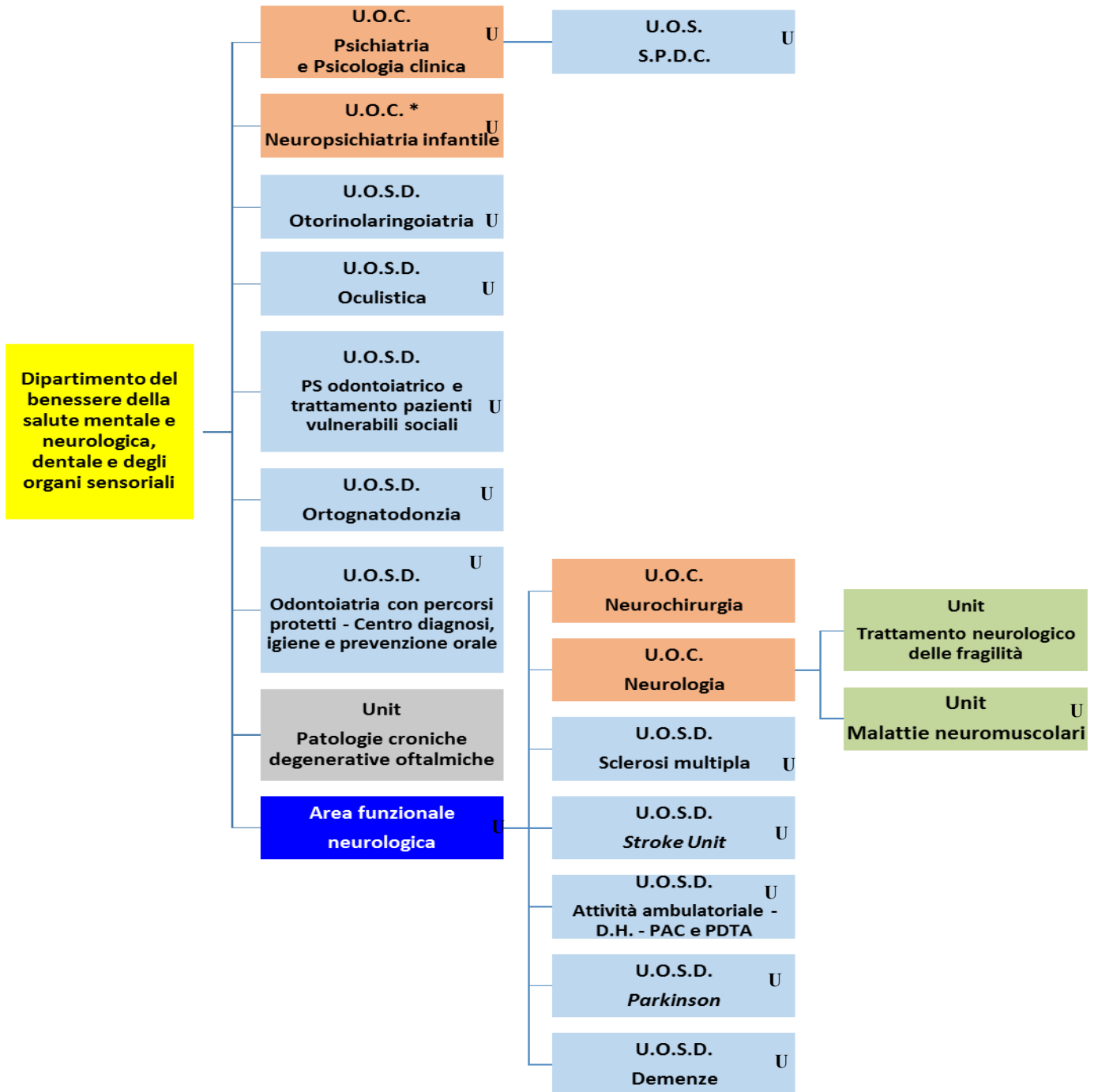
Dipartimento delle Scienze mediche



Dipartimento Scienze chirurgiche

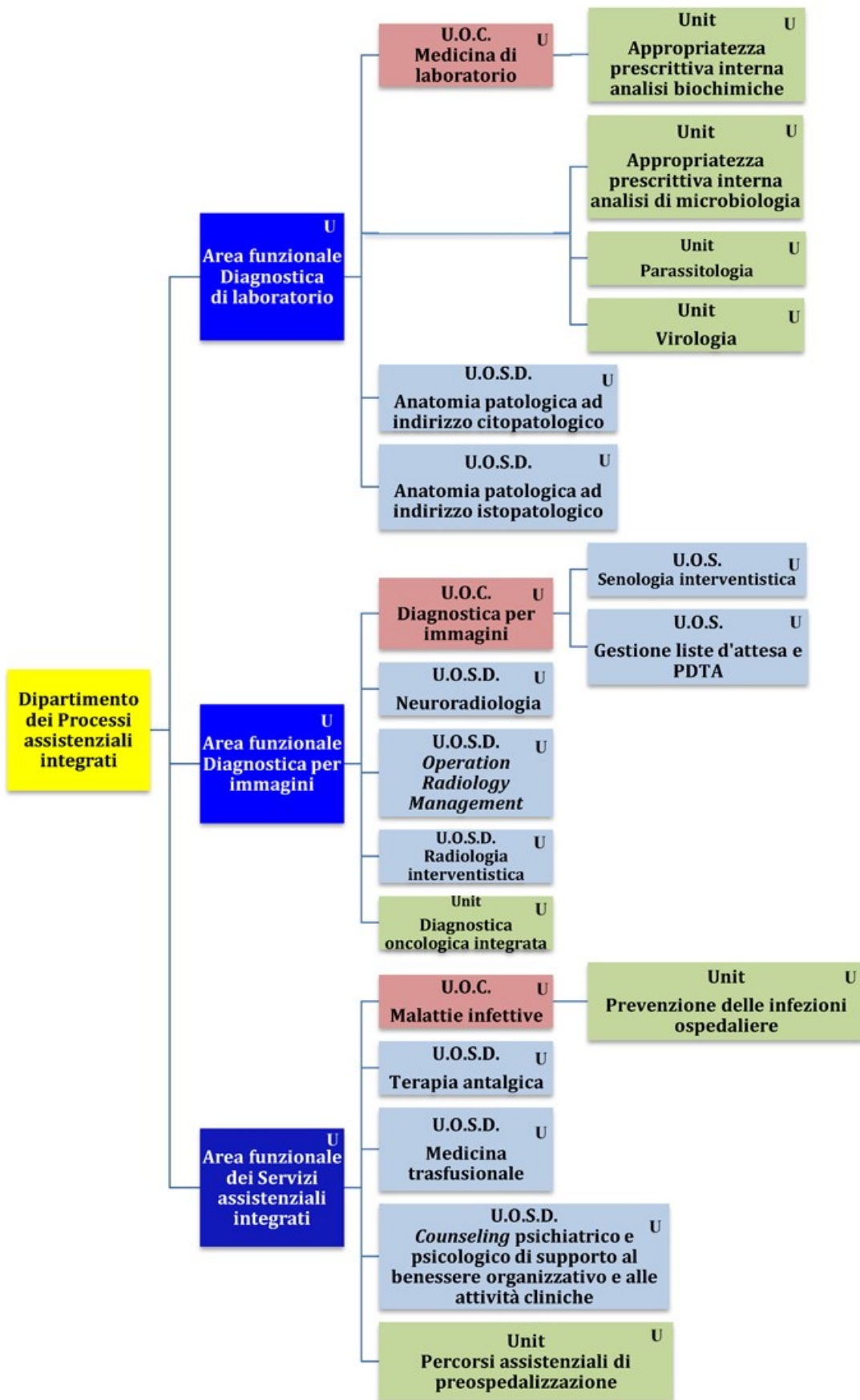


Dipartimento del benessere della salute mentale e neurologica, dentale e degli organi sensoriali

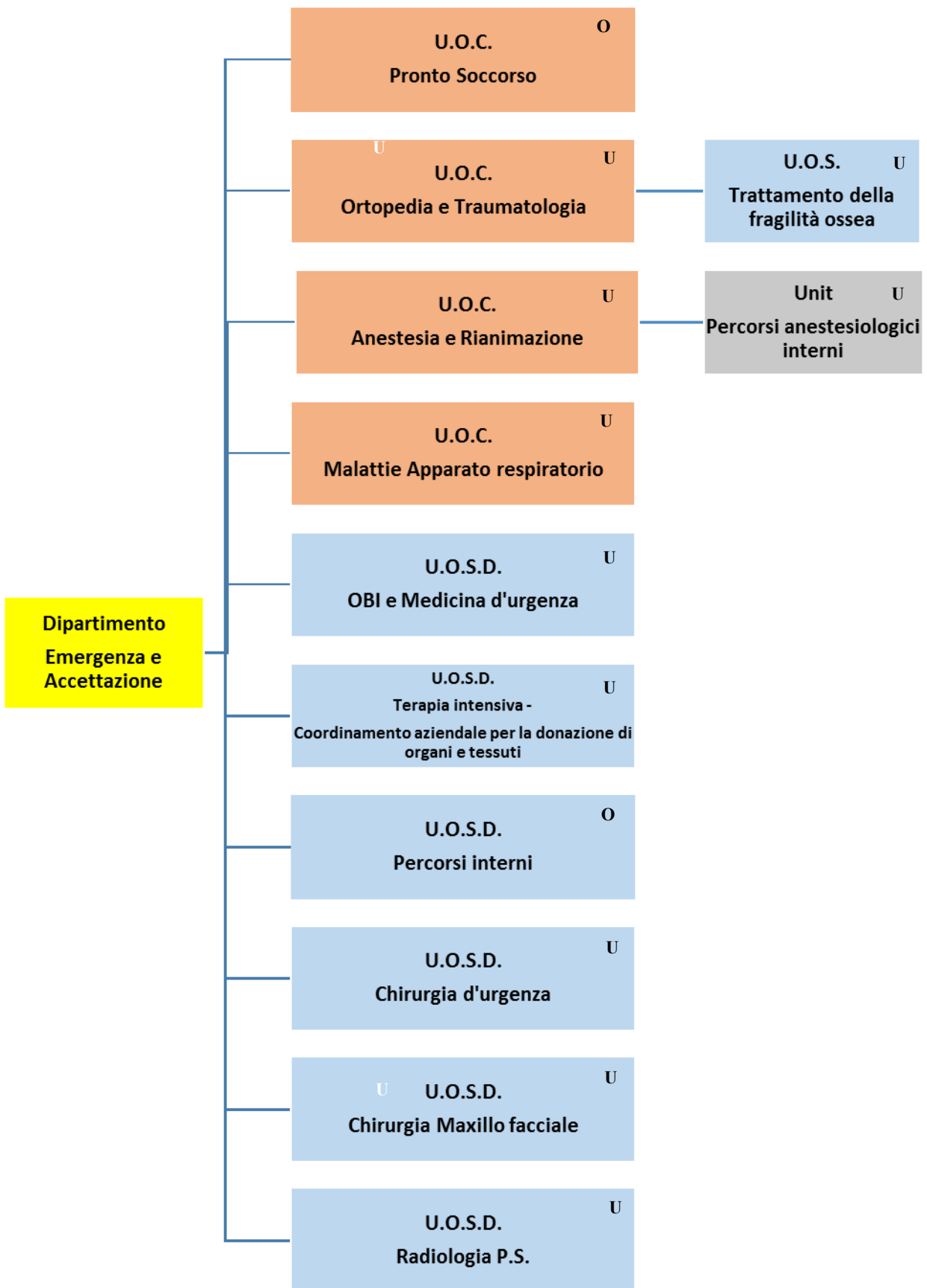


(*) U.O.C. a esaurimento successivamente al 31.12.2018 ma entro il triennio di vigenza del Protocollo d'Intesa

Dipartimento dei Processi assistenziali integrati



Dipartimento Emergenza e Accettazione



Ogni area sarà oggetto l'attività della mappatura, prima di tutto identificando i processi di competenza, per poi valutarli e contestualmente indicare le misure di gestione del rischio corruzione già adottate e da adottare.

L'attività, logicamente iniziata nella seconda metà dell'anno 2018, ha *in primis* riguardato le aree di seguito elencate e la mappatura si sta svolgendo con il coinvolgimento diretto delle figure dirigenziali identificate tenendo conto delle competenze/posizioni così come di seguito riportate:

- Direzione Sanitaria;
- ALPI
- Farmacia
- Ufficio Tecnico
- SIM
- area professioni sanitarie
- sperimentazioni cliniche
- Comitato etico
- (cabina regia) per liste d'attesa operatorie;
- per liste d'attesa ambulatoriali
- per gli Approvvigionamenti
- personale e coordinamento gruppo segreterie DAI

Nel corso del 2019 l'attività di mappatura è stata conclusa e ha riguardato complessivamente le seguenti aree:

- UOSD ALPI
- UOC RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE
- UOC DIREZIONE INFERMIERISTICA
- UNIT COMFORT OSPEDALIERO E LOGISTICA SANITARIA
- UOC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
- UOC POLITICA DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI
- SEGRETERIA COMITATO ETICO INDIPENDENTE
- COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI
- DIREZIONE SANITARIA
- SEGRETERIA DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI INTEGRATI
- UOSD SISTEMI INFORMATIVI
- UOC ACQUISIZIONE FORNITURE, SERVIZI E LAVORI
- UOC AFFARI GENERALI
- UOSD OPERATIONS MANAGEMENT

- UO CLINICAL RISK MANAGEMENT
- UOSD ACCOGLIENZA TUTELA E PARTECIPAZIONE
- UOC PROGETTAZIONE, SVILUPPO E GESTIONE DEL PATRIMONIO
- UNIT GOVERNO TECNOLOGIE BIOMEDICHE (SIM)
- UOC CONTROLLO DIREZIONALE

La UOSD Medicina del Lavoro e Servizio Prevenzione e Protezione sono stati attenzionati nel corso del 2019 e saranno oggetto di Mappatura nel 2020 secondo le indicazioni del Nuovo Piano Nazionale Anticorruzione.

Nel corso del 2019 si è provveduto ad individuare i processi e valutare il rischio corruzione.

Nel 2020 si proseguirà con l'attività di gestione del rischio.

LE INIZIATIVE PER LA TRASPARENZA E LE INIZIATIVE PER LA LEGALITÀ E LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELL'INTEGRITÀ

Il PTV programmerà apposite Giornate della Trasparenza, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, per la presentazione del Piano e della Relazione sulle performance, come previsto dall'art 10, comma 1, del d.lgs. 150 del 2009.

A tal fine verrà elaborato un calendario degli incontri: in primo luogo verranno organizzate specifiche sessioni informative per il personale interno all'amministrazione finalizzate alla presentazione del Piano e della Relazione sopra citati, nonché per fornire informazioni sul presente PTPCT.

Le giornate offriranno una valida opportunità per sviluppare e condividere, all'interno dell'amministrazione:

- la cultura della trasparenza, come introdotta dal decreto legislativo n. 150/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- la cultura della prevenzione della corruzione e della trasparenza come introdotta dalla Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

8. FORMAZIONE, CONTROLLO E PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

Formazione

Uno degli adempimenti previsti dalla L. n. 190/2012 riguarda la pianificazione degli interventi formativi per i dipendenti che direttamente o indirettamente svolgono un'attività a rischio di corruzione. Tali dipendenti verranno segnalati dal responsabile della struttura di appartenenza al RPCT per partecipare ad uno specifico programma formativo.

Il PTCPT ha quindi l'obiettivo di formare e/o informare tutto il personale del PTV, sul sistema delle politiche, dei programmi e degli strumenti utilizzati per affrontare il complesso tema della corruzione all'interno della pubblica amministrazione. Nello specifico il programma di formazione avrà ad oggetto i seguenti temi: il concetto di corruzione secondo il diritto vigente, la trasparenza e gli strumenti di contrasto alla corruzione, le norme amministrative e penali in materia di reati contro la Pubblica Amministrazione.

Caratteristica dei percorsi formativi proposti dal Piano è di assicurare una formazione puntuale e continua che possa essere fruita in base ai diversi livelli di responsabilità e di "rischio corruzione" presenti nelle strutture del PTV. A tal fine è prevista una formazione specifica per i Dirigenti, i responsabili di determinate aree a rischio di corruzione e i Direttori di Dipartimento con l'obiettivo di definire le responsabilità e le procedure da attivare per evitare e/o segnalare il verificarsi di episodi di corruzione tra il personale.

Al fine di massimizzare l'efficienza e l'efficacia dell'azione formativa, gli interventi saranno calibrati in funzione sia del fabbisogno di formazione richiesto, sia della disponibilità di tempo che il personale potrà oggettivamente dedicare all'attività formativa in esame compatibilmente con le attività lavorative. Per questo motivo il Piano prevede quattro distinte e complementari tipologie di intervento:

- 1) Giornata dell'informazione dedicata a fornire un quadro sintetico dei principi normativi e la contestualizzazione dei profili di rischio legati alle attività svolte. La natura strettamente informativa della Giornata ha lo scopo di stimolare la condivisione di principi etici e il rifiuto dell'illegalità.
- 2) Seminari di approfondimento, di durata al massimo giornaliera, dedicati ad un aggiornamento professionale inerente a specifiche tematiche, anche traendo spunto da

problematiche lavorative reali. Tali seminari sono dedicati al personale operante nelle aree di rischio più elevato.

- 3) Formazione *ad hoc*, su richiesta, in caso di nuove assunzioni o di assegnazione di nuovo personale alle strutture in cui è maggiormente presente il rischio di corruzione.
- 4) Attività didattica, di durata non predefinita, dedicata alla conoscenza e all'analisi delle problematiche legate alla gestione del rischio di corruzione.

Controllo e prevenzione del rischio

Al fine di prevenire e controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, il RPCT potrà richiedere, in qualsiasi momento, anche su segnalazione del responsabile di ciascun Settore/Servizio, ai dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale, di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento.

I controlli saranno, in particolare, concentrati:

1. Sull'attuazione delle misure relative all'ALPI: infatti, con Deliberazione DG n. 162 del 01/4/2015 è stato approvato il Regolamento del PTV, modificato nel 2017, per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI) con la finalità di assicurare, fra l'altro, che l'ALPI sia libera scelta del cittadino e non derivi da carenze dei servizi del PTV e di garantire il corretto equilibrio fra le attività istituzionali e quelle libero professionali;
2. sulle quattro categorie di procedimenti indicati dall'art. 1 comma 16 della Legge 190/2012:
 - autorizzazione o concessione;
 - scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.;
 - agli obblighi di pubblicazione previsti nel Codice dei contratti pubblici, ai sensi e per gli effetti dell'art. 42 del citato D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.;
 - concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
 - concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del citato decreto legislativo n.150/2009.

Nei settori a maggiore rischio corruzione (ALPI, Appalti, Concorsi) è prevista la realizzazione di incontri periodici tra il RPCT e i Dirigenti al fine della esecuzione dei controlli.

9. OBBLIGHI INFORMATIVI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE. RASA.

I Responsabili delle strutture coinvolte nelle aree a rischio più elevato di corruzione, come individuate nella tabella riportata al paragrafo “Individuazione delle attività con più elevato rischio di corruzione”, hanno l'obbligo di segnalare al RPCT ogni fenomeno a rischio e/o conflitto di interesse, anche potenziale.

Il RPCT potrà, in qualunque momento, procedere a ispezioni e verifiche presso gli uffici del PTV, tramite l'ausilio di funzionari interni competenti per settore, e richiedere ai responsabili dei Settori/Servizi informazioni circa i termini di conclusione dei procedimenti amministrativi di competenza.

Con DDG n. 1138 del 14/12/2018, la Dott.ssa Carla Cianciullo, Direttore UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori della Fondazione PTV, è stata nominata Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) incaricata della compilazione e aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) istituita ai sensi dell'art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221. La suddetta Dott.ssa Cianciullo ha sostituito la Dott.ssa Gioia Amadei, non più in servizio presso la Fondazione PTV, che era stata nominata RASA con DDG n. 837 del 18 dicembre 2013.

11. ROTAZIONE DEGLI INCARICHI

In applicazione della legge n. 190/2012, art. 1 comma 10, lett. b), e facendo salvo il principio costituzionale di buon andamento amministrativo, il RPCT, come ulteriore misura preventiva del rischio corruzione verifica, d'intesa con il Direttore Generale, l'effettiva rotazione dei dirigenti, dei responsabili e dipendenti degli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è individuato un più elevato rischio che siano commessi reati di corruzione.

I criteri sulla base dei quali prevedere la rotazione degli incarichi dovranno essere individuati in sinergia tra il Direttore Generale ed i Responsabili di Unità Operativa. Si deve tener presente che con il nuovo Atto aziendale 2018 l'assetto organizzativo e il funzionigramma sono mutati e di fatto hanno determinato una rotazione.

Al fine di scongiurare un rallentamento nell'esercizio delle attività, la rotazione degli incarichi dei funzionari non potrà avvenire in concomitanza con quella dei Dirigenti e/o Responsabili. I sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio dovranno comunque garantire continuità e coerenza agli indirizzi già intrapresi e le necessarie competenze delle strutture. In ogni caso, la rotazione non si applica alle figure professionali dichiarate insostituibili per specifica qualificazione professionale posseduta da una sola unità lavorativa.

Per una più adeguata attuazione del principio occorre procedere ad un rafforzamento della componente dirigenziale, per la parte amministrativa, ciò anche al fine di una più corretta programmazione. Si sta esaminando l'eventuale sussistenza di vincoli alla rotazione, secondo quanto declinato dall'ANAC nel PNA del 3 agosto 2016 (det. n. 831/16), par. 7.2.2., p. 28.

12. Astensione in caso di conflitto di interesse

Ogni dipendente ha il compito di comunicare tempestivamente al proprio superiore e/o al RPCT ogni segnalazione di conflitto di interesse, anche potenziale, idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il RPCT monitora che le dichiarazioni di condizioni di inconferibilità e incompatibilità, relative alle figure di vertice indicate dall'ANAC, siano sempre aggiornate sul sito dell'Amministrazione Trasparente".

13. Whistleblower

Il 30 novembre 2017 è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la Legge n. 179 recante “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”. Il provvedimento tutela il cosiddetto “whistleblower”, prevedendo fra l'altro che il dipendente che segnala illeciti, oltre ad avere garantita la riservatezza dell'identità, non possa essere sanzionato, demansionato, licenziato o trasferito.

Sarà onere del datore di lavoro dimostrare che eventuali provvedimenti adottati nei confronti del dipendente sono motivati da ragioni estranee alla segnalazione. Nessuna tutela sarà tuttavia prevista nei casi di condanna, anche con sentenza di primo grado, per i reati di calunnia, diffamazione o comunque commessi tramite la segnalazione e anche qualora la denuncia, rivelatasi infondata, sia stata effettuata con dolo o colpa grave.

È in programma, al fine di recepire le nuove indicazioni a tutela del *whistleblowing*, l'elaborazione e l'introduzione di un nuovo sistema informatico che consenta di effettuare segnalazioni di illeciti con la garanzia di estrema riservatezza. La piattaforma dovrà soddisfare le più rigide esigenze di sicurezza e riservatezza, secondo la norma ISO/IEC 27001.

Al fine di un adeguato aggiornamento del personale in relazione alle nuove direttive introdotte dal Governo saranno attivati corsi di formazione.

In Amministrazione Trasparente - Altri Contenuti/ Prevenzione della Corruzione sono state fornite le indicazioni procedurali anche in relazione a tale istituto della Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (Whistleblower), previsto dall'art. 54 bis del d.lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

Il sistema per la segnalazione di condotte illecite è indirizzato al whistleblower, inteso come dipendente pubblico che intende segnalare illeciti di interesse generale e non di interesse individuale, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, in base a quanto previsto dall'art. 54 bis del d.lgs. n. 165/2001 così come modificato dalla legge 30 novembre 2017, n. 179. Si veda, altresì, la determinazione A.N.AC. n. 6 del 28 aprile 2015 «Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)» e, per l'ambito di intervento, si veda il Comunicato del Presidente dell'A.N.AC. del 27 aprile 2017.

Si precisa che ai fini della disciplina del whistleblowing, per “dipendente pubblico” si intende il dipendente delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del d.lgs. n. 165/2001. La

disciplina del whistleblowing si applica anche ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica.

Il whistleblower deve fornire tutti gli elementi utili perché gli uffici competenti possano procedere alle dovute verifiche a riscontro della fondatezza dei fatti oggetto di segnalazione.

A tal fine, in attesa di adottare un sistema informatizzato che consenta la gestione dei casi di whistleblowing alla luce delle recenti disposizioni contenute nella L. n. 179/2017, è stato predisposto un "modulo", scaricabile nei seguenti formati: Word – PDF.

La segnalazione deve essere indirizzata al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza del PTV compilando il modulo in formato Microsoft Office Word oppure PDF e seguendo le istruzioni indicate nel modulo stesso e utilizzando l'apposito indirizzo di posta elettronica: whistleblowing@ptvonline.it, avente per oggetto: "Segnalazione di illecito".

14. Contratti pubblici

La materia ai contratti pubblici di lavori, servizi e forniture è da considerare obiettivamente ad alto rischio ed è stata oggetto di una particolare attenzione da parte dell'ANAC che ha fornito alle amministrazioni indicazioni per la predisposizione e gestione delle misure specifiche di prevenzione della corruzione.

Le indicazioni fornite dall'ANAC circa la metodologia di gestione del rischio da adottare per l'area di rischio inerenti i contratti pubblici, richiedono alle amministrazioni:

- di effettuare una attenta analisi organizzativa che consenta di fare una "fotografia" al fine di individuarne criticità e punti di forza;
- di procedere alla scomposizione del sistema di affidamento prescelto nelle seguenti fasi: programmazione; progettazione di gara; selezione del contraente; verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto; esecuzione e rendicontazione.
- di individuare i possibili eventi rischiosi per ciascuna fase e programmare le più idonee misure di prevenzione.

Pertanto, in coerenza con le linee guida dell'ANAC si evidenziano le misure prese ai fini di prevenzione della corruzione:

- Indagine di mercato anche per gli affidamenti di importo inferiore a 40.000 euro, al fine di garantire la tutela della concorrenza;
- Il rispetto del principio di rotazione negli affidamenti, in rispetto alle indicazioni dell'ANAC;
- la responsabilizzazione delle strutture organizzative che procedono agli acquisti, richiedendo adeguata istruttoria e puntuali controlli.

Inoltre, il RPCT pianificherà, su indicazione del Provveditorato, corsi di formazione specialistici per i dipendenti che lavorano in quest'area ad alto rischio di corruzione.

Nel corso del 2019 è stata prevista anche una formazione on the job specifica per il predetto personale condotta dal Prof. Vittorio Capuzza, docente dell'Università di Roma Tor Vergata nel periodo 15/02/2019-14/08/2019 e 01/10/2019 - 31/12/2019. Tale formazione proseguirà anche nel corso del 2020.

Parte II – PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA

15. ACCESSI CIVICI

Fondamentali in tema di accesso generalizzato sono le “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013”, adottate con la Delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016 dall’Autorità nazionale anticorruzione d’intesa con il Garante per la protezione dei dati personali.

In particolare, nel PTV per l’Accesso civico generalizzato "cd. FOIA" (così come indicato in Amministrazione-trasparente/Altri contenuti/Accesso civico) è stata indicata la procedura da seguire: la richiesta di accesso civico generalizzato, disciplinata dagli artt. 5, co.2, 5 bis e 5 ter del D. Lgs. 33/2013 e s.m.i., può essere presentata, anche per via telematica secondo le modalità previste dal D.Lgs. 82/2005 – art. 65, mediante invio della richiesta a: Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), tel. 06.2090.2020 - fax 06.2090.2021, mail: relazioni.pubblico@ptvonline.it, PEC relazioni.pubblico@ptvonline.postacert.it

Sede: Galleria - Piano Terra - presso Area Info. Orario di Ricevimento: dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.00 - prefestivi dalle 9.00 alle 15.00

L’ufficio deputato alla gestione dell’accesso civico generalizzato è l’URP che provvederà in conformità agli artt. 5, co. 2, 5 bis e 5 ter del D.lgs. 33/2013 e s.m.i.. Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall’ente per la riproduzione su supporti materiali. Il procedimento di accesso civico si conclude nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell’istanza con la comunicazione al richiedente e agli eventuali controinteressati; il predetto termine resta sospeso in caso di eventuale opposizione dei controinteressati. Nei casi di diniego totale o parziale dell’accesso o di mancata risposta entro il termine indicato, il richiedente può presentare richiesta di riesame al RPCT che decide con provvedimento motivato. Avverso la decisione dell’ente o, in caso di richiesta di riesame, avverso quella del RPCT, il richiedente può proporre ricorso al Tribunale amministrativo regionale ai sensi dell’art. 116 del Codice del processo amministrativo di cui al decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104.

16. PUBBLICITÀ DEI DATI

Il sito “Amministrazione Trasparente” è stato aggiornato nel rispetto delle prescrizioni contenute:

- nel d.lgs. n. 97 del 25 maggio 2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6

novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;

- nelle Linee guida dell'ANAC del 28 dicembre 2016, Delibera n. 1309 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del D.LGS. 33/2013”

- nella Delibera n. 1310 “Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016”.

La sezione “Amministrazione trasparente” presente sulla “home page” del sito www.ptvonline.it è strutturata in funzione delle prescrizioni di legge in materia di trasparenza, integrità e prevenzione della corruzione, delle disposizioni in materia di dati personali e delle delibere dell'Autorità garante, della natura dei settori di attività e dei procedimenti del PTV.

In funzione della peculiarità dell'attività svolta, nell'ambito del PTV valgono criteri di riservatezza che portano ad escludere quelle categorie di dati attinenti alle aree, che presentano connotati di riservatezza, che riguardano situazioni e realtà non accessibili al pubblico, proprio per evitare di compromettere il corretto espletamento delle funzioni stesse ed il raggiungimento degli obiettivi.

Con specifico riguardo al formato, la pubblicazione *on line* si conformerà alle indicazioni relative:

- alla trasparenza e ai contenuti minimi dei siti pubblici;
- all'aggiornamento ed alla visibilità dei contenuti;
- all'accessibilità ed all'usabilità;
- alla classificazione ed alla semantica;
- ai formati aperti;
- ai contenuti aperti.

Conseguentemente, UOSD ATP ha provveduto:

- ad inserire nella “home page” del sito www.ptvonline.it la sezione denominata “Amministrazione trasparente”, chiaramente identificata;

- a suddividere la sezione “Amministrazione trasparente” in voci corrispondenti alle macroaree relative ai dati da pubblicare cliccando sulle quali, l'utente ha accesso alle informazioni di interesse. Le voci sono previste anche quando i rispettivi contenuti non sono stati ancora pubblicati o non sono applicabili. All'interno della predetta sezione, alla voce “Disposizioni generali”, è pubblicato, tra l'altro, il PTPC e il relativo stato di attuazione.

I dirigenti dei competenti settori del PTV devono provvedere a comunicare tempestivamente al dirigente U.O.S.D. “Accoglienza, Tutela e Partecipazione – le informazioni e i dati, nel rispetto delle disposizioni del in materia di trasparenza e di protezione dei dati personali; i dati dovranno essere

inseriti con l'obbligo di utilizzare solo ed esclusivamente formati aperti e secondo le modalità riportate dall'allegato 1 della Delibera 1309/2016 dell'ANAC.

I Responsabili dovranno inoltre verificare l'esattezza e la completezza dei dati pubblicati inerenti ai rispettivi uffici e procedimenti, segnalando al RPCT eventuali errori. L'aggiornamento costante dei dati nei modi e nei tempi previsti dalla normativa è parte integrante e sostanziale degli obblighi di pubblicazione.

16. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMA

L'elaborazione e la pubblicazione del "Programma per la trasparenza" viene assicurata nel rispetto delle indicazioni dell'art. 10 del decreto legislativo 33/2013 e s.m.i.. La versione e lo stato di avanzamento del programma sono resi evidenti nel prospetto riepilogativo di cui al successivo paragrafo 19 del presente Piano. Le versioni superate saranno archiviate sul sito stesso in modo da essere disponibili per la consultazione.

Il Programma per la trasparenza, condiviso con tutte le strutture della Fondazione PTV, vede coinvolte tutte le aree dell'amministrazione ed, in particolare, secondo la nomenclatura del nuovo Atto aziendale, la UOC – Gestione sviluppo risorse umane" (ex DRUM), la UOC – Risorse economiche e finanziarie (ex DBA), la UOC - Affari generali (ex DAIG), la UOSD "Ufficio Accoglienza Tutela e Partecipazione", che hanno la responsabilità di individuare i contenuti del programma.

Ogni Servizio dell'Amministrazione coinvolto indica un referente interno per il Programma per la trasparenza al quale la Direzione può rivolgersi per ottenere dati, informazioni e aggiornamenti.

17. ASCOLTO DEGLI STAKEHOLDER

È da precisare che la Fondazione PTV sorge nel quadrante sud-est della città di Roma, nel territorio della Azienda USL RM 2 in stretta vicinanza di importanti assi viari e di collegamento rappresentati dal GRA, dalla autostrada Roma – Napoli, dalla bretella A1, e dalle vie Casilina, Tuscolana, Anagnina e Appia. Nelle vicinanze del PTV è situato anche l'aeroporto internazionale di Ciampino.

Nel territorio adiacente al PTV risiedono circa 850.000 abitanti distribuiti tra alcuni dei municipi della ASL RM B e i distretti H1 e H3 della ASL RM 6, mentre la struttura risulta essere riferimento per le funzioni di alta specialità per una popolazione di oltre 1.500.000 abitanti che include anche la provincia di Frosinone.

Stakeholder interni

Prima dell'approvazione del Programma per la Trasparenza, i soggetti interni all'amministrazione coinvolti nell'attuazione, saranno ascoltati dal RPCT, per analizzare e condividere i contenuti del Programma stesso, con particolare riferimento a specificità e complessità relative agli obblighi di Trasparenza di cui risultino Responsabili.

Stakeholder esterni

I rapporti tra i portatori d'interesse e il PTV, in relazione al Programma per la trasparenza, sono curati dal Dirigente responsabile della U.O.S.D. "Accoglienza, Tutela e Partecipazione" attraverso i canali di contatto pubblicati nella apposita sezione del sito internet. Sarà cura degli interessati avanzare specifiche richieste.

L'attività per la rilevazione della soddisfazione dei cittadini - utenti e la gestione dei reclami sono descritti nel Sistema di Gestione per la Qualità della U.O.S.D. "Accoglienza, Tutela e Partecipazione".

Il Policlinico Tor Vergata ha aderito nel 2019 al "Monitoraggio Civico sul Pronto Soccorso" promosso da Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato in collaborazione con SIMEU (Società Italiana Medici Emergenza - Urgenza). L'obiettivo è quello di valorizzare ed ampliare gli spazi di partecipazione dei cittadini nella valutazione delle politiche sanitarie regionali e delle azioni delle aziende sanitarie.

Il progetto nasce per continuare a dare forma concreta alla "centralità dal punto di vista del cittadino" nell'organizzazione dei servizi sanitari, per rendere trasparente e misurabile l'azione delle aziende sanitarie e per rendere comparabili le performance aziendali prodotte dai differenti governi regionali e locali. La valutazione è stata effettuata da un'equipe mista formata da cittadini volontari ed operatori del Policlinico.

18. MONITORAGGIO INTERNO SULL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

Il monitoraggio sull'attuazione del Programma sarà svolto dai soggetti interni all'amministrazione in relazione alle rispettive competenze in conformità a quanto previsto nel precedente capitolo "Responsabilità" e alla colonna "UO resp." presente nella tabella riportata al paragrafo "Prospetto riepilogativo della pubblicazione dei dati sul sito della Fondazione PTV", ferme restando le competenze attribuite all' OIV.

Nel corso del 2017, al fine di effettuare una valutazione puntuale sullo stato di attuazione degli obblighi previsti dal D.lgs. 33/2013 e s.m.i. "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni" è stata predisposta una modulistica (PTV_MOD-Trasp) che è stata revisionata in relazione alle

novità del D.lgs. n° 97 del 25 maggio 2016 ed è stata compilata per tutte le Unità Operative che risultano avere responsabilità di pubblicazione, come previsto già dal “Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione integrato con il Programma Triennale per la Trasparenza e l’integrità 2016-2018”.

L’analisi rivela che il sito internet aziendale, nella sezione “Amministrazione Trasparente”, ha una sostanziale completezza nella sua struttura con un ottimo livello di copertura degli obblighi di pubblicazione.

Il Policlinico Tor Vergata ha dato seguito alla delibera ANAC N° 586 del 26 giugno 2019 che fornisce chiarimenti in merito alla corretta applicazione dell’art. 14 del d.lgs. 33/2013.

In particolare è stata inviata a tutti i Direttori di Dipartimento, di UOC, di UOSD e di UOS la nota Prot. 21290 del 2 ottobre 2019 in cui si comunicavano gli adempimenti richiesti.

La documentazione ricevuta è pertanto stata progressivamente pubblicata sul sito ptvonline.it.

A seguito della ordinanza del TAR Lazio Roma, Sezione Prima, n. 7579 pubblicata il 21 novembre 2019, che sospende in via cautelare la deliberazione di una ASL in cui era prescritta la pubblicazione dei dati ex art. 14 (lett. f), con nota Prot.. 98475 del 06/12/2019 è stata inviata all’ANAC una richiesta di parere in merito alla corretta applicazione dell’articolo 14 lettera f).

Con nota Prot. N° 22 del 2 gennaio 2020 l’ANAC rispondeva che con delibera N° 1126 /2019 veniva sospesa, limitatamente ai soli Direttori di UOC, la applicazione dell’art. 14 lettera f) fino alla definizione nel merito del giudizio.

Il PTV provvedeva conseguentemente a sospendere la pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dei Direttori di UOC.

19. PROSPETTO RIEPILOGATIVO DELLA PUBBLICAZIONE DEI DATI SUL SITO DELLA FONDAZIONE PTV

Il sito “www.ptvonline.it” rispetta la struttura come definita nel decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i.

Sul sito è pubblicato il quadro che, rispetto alla pubblicazione, indica lo stato della stessa sulla base della verifica e rilevazione annuale e le responsabilità di chi debba mettere a disposizione di ATP-URP le informazioni, i documenti e i dati. È responsabilità di ATP-URP aggiornare il sito entro 7 giorni dalla data di disponibilità delle informazioni, dei documenti e dei dati.

PARTE III

PIANIFICAZIONE TRIENNALE

Le *Tabelle* sotto riportate sintetizzano gli interventi previsti nel corso del triennio di riferimento e, per il 2020, devono essere integrate con il *Cronoprogramma*:

2020-2022		
Competenze	Ambito	Attività da implementare
Dirigenti/Responsabili di Struttura	Prevenzione	Per le aree ad alto rischio di corruzione analizzare le attività ed i relativi processi amministrativi secondo il Cronoprogramma. Quindi, proporre misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllare il rispetto delle normative vigenti.
	Controllo	Fornire al RPCT le informazioni necessarie e le proposte adeguate per l'adozione di misure nei settori in cui è più elevato il rischio corruzione e/o situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali.
	Prevenzione	Qualora emergesse un effettivo e concreto rischio di corruzione, avanzare proposte per la rotazione del personale.
	Controllo	Segnalare al RPCT ogni evento o dati utili per l'espletamento delle proprie funzioni (art. 1, comma 9, lettera c, Legge n. 190/2012).

2020-2022

Competenze	Ambito	Attività da implementare
RPCT	Formazione	Pianificazione di ulteriori attività di formazione e informazione del personale.
	Controllo	Programmazione, d'intesa con i responsabili dei settori, del controllo del rispetto degli adempimenti e dei relativi termini previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti.
	Controllo	Articolazione, d'intesa con i responsabili di settore, delle iniziative volte a monitorare la presenza di situazioni di incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali.
	Controllo	Nei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti, verificare l'esistenza di relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti pubblica amministrazione.
	Prevenzione	Predisposizione del sistema di acquisizione delle segnalazioni e della procedura, secondo protocolli condivisi, di acquisizione periodica di informazioni inerenti le attività di monitoraggio e controllo da parte dei soggetti coinvolti.
	Prevenzione	Prevenire il fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici.

Cronoprogramma delle azioni nel 2020

Anno 2018	Strutture competente	Tempistica (mesi)												note		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Programmazione	Articolazioni strutturali che fondano l'assetto organizzativo del PTV nella nuova versione dell'Atto Aziendale (2018)														Nel corso del 2019 si è provveduto ad individuare i processi e valutare il rischio corruzione. Nel 2020 si proseguirà con l'attività di gestione del rischio:-	
Progettazione																
Monitoraggio																
Valutazione																
Formazione	RPCT														<ul style="list-style-type: none"> Formazione permanente al personale Formazione specialistica: da indirizzare al Personale che opera negli uffici esposti a maggior rischio corruzione Giornate della Trasparenza: annuale 	
Whistleblowing	RPCT + Dipartimento Acquisizione Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali														Nuovo sistema per garantire la sicurezza del whistleblower	
Contratti pubblici	RPCT + Provveditorato														<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio 	
Astensione conflitto d'interesse	RPCT														<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio 	
Astensione conflitto d'interesse nei contratti	Provveditorato														<ul style="list-style-type: none"> Controllo in 	

pubblici(artt. 42 e 77 del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i.)			
Monitoraggio	RPCT	■ ■ ■ ■	<ul style="list-style-type: none"> Codice Etico e di Comportamento
Adempimenti di trasparenza (sito)	RPCT e tutte le Direzioni	■ ■	<ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio continuo Verifica semestrale
Regolamenti	RPCT / Dipartimento e/o U.O. competente	■ 1. Accesso civico e F.O.I.A.	Redazione e aggiornamento di nuovi Regolamenti
PANTOUFLAGE	RPCT / Dipartimento e/o U.O. competente	■ ■	Predisposizione modulistica

**PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E
PER LA TRASPARENZA(PTPCT)**

2020 – 2022

ALLEGATO N.1

MAPPATURA RISCHIO CORRUZIONE

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come legenda)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
UOSD ALPI		Prestazioni intramoenia in regime ambulatoriale rese all'interno della struttura (schemi tariffari di cui agli allegati 3.A.1 e 3.A.2 del vigente Regolamento ALPI del PTV).	1	5	1	3	1	3	1	1	0	4	2,33333333	1,5	3,5
		Prestazioni di imaging strumentale rese presso i locali del PTV (schema tariffario di cui all'allegato 3.A.3 del vigente regolamento ALPI del PTV).	1	5	1	3	1	3	1	1	0	4	2,33333333	1,5	3,5
		Prestazioni intramoenia ambulatoriali rese presso gli studi privati dei professionisti in regime di convenzione con il PTV e nell'ambito della Infrastruttura di rete prevista dalla vigente normativa (Intramoenia c.d. "allargata") (schema tariffario di cui all'allegato 3.A.5 del vigente Regolamento ALPI del PTV).	1	5	1	3	1	3	1	1	0	4	2,33333333	1,5	3,5
		Attività resa al di fuori dei locali del PTV, riferita alla tipologia di cui all'art. 15 quinquies, comma 1 lettera c) del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., nonché ai sensi dell'art. 55 comma 1 lett. c) del C.C.N.L. 1998/2001 e ss.mm.ii. delle Aree della Dirigenza del Servizio Sanitario, definita quale partecipazione ai proventi di attività professionale richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in equipe, in strutture di altra azienda del SSN o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione con le stesse (schema tariffario di cui all'allegato 3.C.1 del vigente Regolamento ALPI del PTV).	1	5	1	3	1	3	1	5	0	4	2,33333333	2,5	5,83333333
		Attività di consulenza e di consulto che riguardino prestazioni libero professionali intramoenia, regolate da appositi accordi e convenzioni, erogata con le modalità e nei casi indicati dai commi 2 e 3 dell'articolo 58 del C.C.N.L. 1998/2001 e ss.mm.ii. delle Aree della Dirigenza del Servizio Sanitario cui si fa integrale rinvio (schema tariffario di cui all'allegato 3.C.1 del vigente Regolamento ALPI del PTV).	1	5	1	3	1	3	1	5	0	4	2,33333333	2,5	5,83333333
		Attività Domiciliare resa ai sensi ed in conformità con i commi 5 e 6 dell'articolo 58 del C.C.N.L. 1998/2001 e ss.mm.ii. delle Aree della Dirigenza del Servizio Sanitario (schema tariffario di cui all'allegato 3.C.1 del vigente Regolamento ALPI del PTV).											#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
		Attività aziendale conto terzi (ad esclusione delle attività aziendali rese nell'ambito di sperimentazioni cliniche e farmacologiche) rese presso i locali del PTV con utilizzo di risorse aziendali, ai sensi dell'art. 15 quinquies comma 2 lettera d) del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii. nonché ai sensi dell'art. 55 comma 1 lett. d) del C.C.N.L. 1998/2001 e ss.mm.ii. delle Aree della Dirigenza del Servizio Sanitario, nell'ambito di convenzioni/accordi che il PTV può stipulare con terzi (Istituzioni, Enti, Case di Cura non accreditate, altre Aziende del Sistema Sanitario, Fondi Integrativi, Assicurazioni etc.) per la fornitura di prestazioni o pacchetti prestazionali resi da professionisti o da equipe.	1	5	1	3	1	3	1	5	0	4	2,33333333	2,5	5,83333333

Prestazioni Extra Lea di odontoiatria presso i locali del PTV - DCA n. U00586 del 16.12.2015 recante "Riorganizzazione dell'assistenza odontoiatrica nella Regione Lazio con il quale vengono definiti i criteri e le modalità di accesso alle prestazioni odontoiatriche".	1	5	1	3	1	4	2	1	2	4		2,5	2,25	5,625
Prestazioni di Laboratorio rese presso i locali del PTV (schema tariffario di cui all'allegato 3.A.4 del vigente Regolamento ALPI del PTV).	1	5	1	3	1	3	1	5	0	4	2,33333333	2,5	5,83333333	

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
UOC Risorse Economiche e Finanziarie	Ciclo passivo	Pagamento Fornitori	2	5	2	3	5	2	4	1	0	5	3,166667	2,5	7,916667
	Ciclo passivo	Ricezione e registrazione fatture	1	5	1	1	5	1	2	1	0	5	2,666667	1,75	4,666667
	Ciclo attivo	Fatturazione attiva	1	5	1	1	5	1	1	1	0	5	2,1	1,75	3,675
	Ciclo attivo	Verifica incassi e solleciti	4	5	1	5	5	2	1	1	0	5	2,9	1,75	5,075
	Ciclo tesoreria	Pagamento rimborso prestazioni non erogate (rimborso di prestazioni SSN o Alpi pagate che, previa autorizzazione dei competenti uffici-direzioni, il bilancio effettua)	1	5	1	3	5	1	1	1	0	5	2,3	1,75	4,025
													#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
													#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
													#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
UO	D.I.	FORMAZIONE DEL PERSONALE	2	5	1	1	1	2	1	1	0	2	1,6	1	1,6
		FORMAZIONE FUORI SEDE SENZA SPESE	4	2	1	1	1	2	1	1	0	2	1,5	1	1,5
		FORMAZIONE FUORI SEDE CON SPESE	4	2	1	3	1	2	1	1	4	2	2,1	2	4,2
		PROTOCOLLI	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,75	0,75
		FLUSSI INFORMATIVI	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,75	0,75
		DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,75	0,75
		PROCESSO ASSISTENZIALE INFERMIERISTICO	4	5	1	1	1	1	1	1	0	1	1,6	0,75	1,2
		PROCESSO RIABILITATIVO	4	5	1	1	1	1	1	1	0	1	1,6	0,75	1,2
		GESTIONE DEL PERSONALE	4	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1,3	0,75	0,975
	AMBULATORIO INFERMIERISTICO	4	5	1	1	1	1	1	1	0	1	1,6	0,75	1,2	
	COMFORT	COORDINAMENTO E CONTROLLO SERVIZI	2	2	1	3	1	1	1	1	4	1	1,7	1,75	2,975
		lavanolo	2	2	1	5	1	2	2	5	4	2	2,6	3,25	8,45
		ausiliari e oss	2	2	1	5	1	2	2	5	4	2	2,6	3,25	8,45
		ristorazione degenti	2	2	1	5	1	2	2	5	4	2	2,6	3,25	8,45
		arredi articoli sanitari	2	2	1	5	1	2	2	5	4	2	2,6	3,25	8,45
		superfici anti decubito	2	2	1	5	1	2	2	5	4	2	2,6	3,25	8,45
		lavaggio tende	2	2	1	5	1	2	2	5	4	2	2,6	3,25	8,45
		monouso	2	2	1	5	1	2	2	5	4	2	2,6	3,25	8,45
		pulizie e sanificazione	2	2	1	5	1	2	2	5	4	2	2,6	3,25	8,45
		terapia topica a pressione negativa	2	2	1	5	1	2	2	5	4	2	2,6	3,25	8,45
SUPPORTO ALLE ATTIVITA' DI CURA		2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1,1	0,75	0,825	

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
	Trattamento giuridico	Procedimenti disciplinari	2	5	1	1	1	4	1	1	0	3	1,90	1,25	2,38
	Trattamento giuridico	Applicazione Legge 104/92	2	5	3	1	1	4	1	1	0	1	1,90	0,75	1,43
	Trattamento Economico	Elaborazione cedolini (gestione economica contributiva e fiscale degli istituti contrattuali e normativi di riferimento)	2	5	1	5	1	3	1	1	1	2	2,20	1,25	2,75
	Rilevazione presenze	Elaborazione cartellini (rilevazione presenze/assenze del personale con applicazione dei istituti contrattuali e normativi di riferimento)	2	5	1	5	1	3	1	1	4	2	2,50	2,00	5,00
	Sviluppo Risorse Umane	Affidamento incarichi (predisposizione atti per il conferimento incarichi dirigenziali, di posizione organizzativa e delle funzioni di coordinamento)	1	2	1	3	1	2	1	1	4	4	2	2,5	5

UOC Gestione e sviluppo risorse umane	Sviluppo Risorse Umane	Valutazione incarichi (predisposizione atti per la valutazione, conferma o revoca degli incarichi dirigenziali, di posizione organizzativa e delle funzioni di coordinamento)	1	5	3	3	1	2	1	1	1	2		2	1,25	2,5
	Sviluppo Risorse Umane	rimborso spese per attività formative	1	2	1	3	1	1	1	1	1	2		1,4	1,25	1,75
	Acquisizione personale	Acquisizione personale mediante concorso/avviso (predisposizione atti per l'acquisizione del personale dipendente)	1	2	1	3	5	2	1	1	3	2		2,142857	1,75	3,75
	Acquisizione personale	Programmazione del fabbisogno (predisposizione atti per la programmazione del fabbisogno di risorse umane)	2	2	1	1	1	2	1	1	1	5		1,7	2	3,4
	Acquisizione personale	Mobilità (predisposizione atti per l'acquisizione o cessione del personale dipendente mediante procedure di mobilità)	2	2	3	3	1	2	1	1	1	2		1,8	1,25	2,25

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
UOC Politica del farmaco e dei dispositivi medici		FAR-SP 01 - Gestione approvvigionamento del Bene Farmaceutico dal fornitore	5	5	5	5	5	2	5	1	0	3	4,5	2,25	10,125
		FAR-SP 02 - Gestione erogazione ai reparti del Bene Farmaceutico	4	5	1	5	5	3	4	1	0	3	3,1	2	6,2
		FAR-SP 03 - Gestione scadenze prodotti farmaceutici: Medicinali e Dispositivi Medici	1	5	1	5	1	1	4	1	0	1	2,333333	1,5	3,5
		FAR-SP 04 - Gestione e approvvigionamento medicinali stupefacenti	5	5	5	5	5	1	2	1	0	3	3,2	1,5	4,8
		FAR-SP 05 - Gestione prontuario	5	5	1	5	1	2	2	1	0	4	3,166667	1,75	5,541667
		FAR-SP 07 - Farmacovigilanza e dispositivivigilanza	2	5	5	5	1	2	1	1	0	3	3,333333	1,25	4,166667
		FAR-SP 08 - Ispezione ai reparti	2	5	1	5	1	2	3	1	0	3	2,666667	1,75	4,666667

	FAR-SP 09 - Gestione Flusso Farmed	1	5	1	5	1	1	4	1	0	3	2,333333	2	4,666667
	FAR-SP 10 - Gestione Campione Sperimentale	2	5	1	5	1	1	1	1	0	5	2,5	1,75	4,375
	FAR-SP 11 - Gestione convenzione Laboratorio Galenica Clinica	2	5	3	5	1	3	2	1	0	5	3,166667	2	6,333333

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
SEGRETERIA COMITATO ETICO INDIPENDENTE		ATTIVITA' DI SEGRETERIA A SUPPORTO DEL COMITATO ETICO	2	5	5	5	5	2	5	1	0	2	4	2	8

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
Direzione Sanitaria	Cartelle cliniche	presa in carico delle c.c. e controlli di qualità	1	5	3	5	1	1	1	1	0	3	2,1	1,25	2,625
	Sistema Informativo Ospedaliero	gestione, validazione, controllo e trasmissione dei flussi relativi alle SDO	2	5	3	5	1	1	1	1	0	3	2,2	1,25	2,75
	Back office CUP	programmazione agende ambulatoriali, APA e PAC	2	5	3	5	1	1	1	1	0	3	2,833333	1,25	3,541667
	Morgue	gestione e movimentazione salme interne; obitorio comunale	2	5	3	5	1	1	1	1	0	3	2,833333	1,25	3,541667
	Liste d'attesa ambulatoriali e di ricovero	pulizia liste; programmazione prestazioni aggiuntive: ottimizzazione utilizzo apparecchiature	1	5	3	5	1	1	1	1	4	3	2,666667	2,25	6
	Infezioni ospedaliere	vigilanza e controllo; redazione protocolli	2	5	1	5	1	1	1	1	4	3	2,5	2,25	5,625

Programmazione preospedalizzazione	programmazione appuntamenti per visite ed esami in preH	4	5	1	5	1	1	1	1	0	3	2,2	1,25	2,75
Bed manager	gestione/programmazione/supervisione ricoveri in elezione e in urgenza	2	5	1	5	1	1	1	1	0	3	2	1,25	2,5
APA/PAC e PDTA	Programmazione attività e vigilanza su; percorsi interni per la presa in carico del pz condivisi tra più UU.OO.	2	5	1	5	1	1	1	1	0	3	2	1,25	2,5
Malattie rare	Coordinamento e supervisione	2	5	1	5	1	1	1	1	0	3	2	1,25	2,5

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
SEGRETERIA DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI INTEGRATI	UNICO	Attività di raccordo tra Dipartimenti e gli uffici afferenti alla UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	4	2	1	1	5	1	5	1	0	2	2,2	2	4,4
		Supporto alle attività del Responsabile protezione dati (DPO) ai sensi del Dlgs. 101/2018 ai fini dell'adeguamento della normativa nazionale in materia di privacy	2	2	1	1	5	1	5	1	0	2	2	2	4

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
UOSD Sistemi Informativi		Controllo servizi del fornitore	1	5	1	5	5	1	5	1	0	1	2,5	1,75	4,375
		Gestione attività interna	1	2	1	1	1	1	5	1	0	1	1,4	1,75	2,45

Area Rischio	Uffici	Processo	Indici di valutazione della probabilità (Vedere Tabella B-come legenda)						Indici Valutazione dell'impatto (vedere tabella B come legenda)				Probabilità (media punteggi A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B6)	Valore del rischio (media prob.+media impatto)	Note su rischi vari e di corruzione	Misure Adottate
			A1	A2	A3	A4	A5	A6	B1	B2	B3	B4					
UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori																	
		Procedure di Gara Sottosoglia Comunitaria															
		Modalità di individuazione operatori economici per procedure ex art. 36 comma 2	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,83333333	2	7,666666667	Accordi tra fornitori e personale PTV	Rispetto delle normative vigenti in materia
		Predisposizione documentazione tecnica e amministrativa propedeutica a pubblicazione	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,83333333	2	7,666666667	Accordi tra fornitori e personale PTV	Rispetto delle normative vigenti in materia
		Gestione attività Commissione Valutatrice e/o seggio di gara	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,83333333	2	7,666666667	Carenza di sorveglianza sulla mancanza di imparzialità	Rispetto delle normative vigenti in materia
		Formalizzazione conclusione procedura	2	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,33333333	2	6,666666667		Rispetto delle normative vigenti in materia
		Procedure di Gara sopra soglia Comunitaria															
		Predisposizione documentazione tecnica e amministrativa propedeutica a pubblicazione	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,83333333	2	7,666666667	Accordi tra fornitori e personale PTV	Rispetto delle normative vigenti in materia e linee guida di utilizzo della piattaforma
		Gestione informazioni su piattaforma informatica	2	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,33333333	2	6,666666667	Alterazione dati/informazioni	Rispetto delle normative vigenti in materia

UOC Acquisizione forniture, servizi e lavori

Gestione attività Commissione Valutatrice e/o seggio di gara	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,83333333	2	7,666666667	Carenza di sorveglianza sulla mancanza di imparzialità	Rispetto delle normative vigenti in materia
Formalizzazione conclusione procedura	2	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,33333333	2	6,666666667		Rispetto delle normative vigenti in materia
Acquisto merci in conto deposito															
Emissione ordini	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,83333333	2	7,666666667	Gestione non imparziale degli ordinativi	Controllo carico e scarico merci secondo procedura informatizzata AREAS
Monitoraggio consumi reparti	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,83333333	2	7,666666667	Mancato controllo merce in entrata e scarichi	Controllo carico e scarico merci secondo procedura informatizzata AREAS
Emissione ordini reintegro	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,83333333	2	7,666666667	Gestione non imparziale degli ordinativi	Controllo carico e scarico merci secondo procedura informatizzata AREAS
Gestione Fondo Economale															
Gestione richieste di acquisto con cassa economale e verifica ammissibilità delle stesse	4	2	1	3	5	2	1	1	1	2	2,83333333	1,25	3,541666667	Alterazione ammissibilità richiesta	Istruzione operativa dedicata
Gestione fasi della procedura di acquisto ordinaria con cassa economale	4	2	1	5	5	2	1	1	1	2	3,16666667	1,25	3,958333333	Erronea contabilizzazione e della casa economale	Istruzione operativa dedicata

	Rendicontazione sull'utilizzo delle risorse economiche e ripristino fondo cassa	4	2	1	5	5	2	1	1	1	2	3,16666667	1,25	3,958333333	Erronea contabilizzazione e della casa economica	Istruzione operativa dedicata
	Pianificazione Biennale															
	Rilevazione biennale dei fabbisogni di beni e servizi	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,833333333	2	7,666666667	Alterazione delle priorità a vantaggio di taluni Fornitori	Pianificazione alla centrale acquisti della Regione Lazio nei termini stabiliti e soprattutto a
	Consolidamento delle schede di rilevazione biennale e predisposizione della pianificazione biennale degli acquisti	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,833333333	2	7,666666667	Alterazione delle priorità a vantaggio di taluni Fornitori	Pianificazione alla centrale acquisti della Regione Lazio nei termini stabiliti e soprattutto a fronte di valutazioni il più analitiche
	Richiesta d'Acquisto															
	Prioritizzazione richieste d'acquisto	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,833333333	2	7,666666667	Alterazione delle priorità a vantaggio di taluni Fornitori	Valutazione il più analitica possibile delle richieste con elaborazione dati oggettivi
	Associazione risorse finanziarie (anche in conto capitale) con richieste più prioritarie	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,833333333	2	7,666666667	Superamento vincoli di bilancio alterazione delle priorità a vantaggio di taluni Fornitori	Valutazione il più analitica possibile delle richieste con elaborazione dati oggettivi
	Verifica delle forniture di beni e servizi															
	Proposta nomina DEC in fase di deliberazione contratti	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,833333333	2	7,666666667	Proposte implicanti un livello di controllo inadeguato	Istituzione e potenziamento rete RUP, DEC e assistenti ai DEC per il corretto ed analitico

	Monitoraggio qualità forniture di beni/servizi ed applicazione eventuali penalità	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,83333333	2	7,666666667	Mancata verifica delle prestazioni contrattuali e, se del caso, mancata applicazione delle penali previste dal contratto	Istituzione e potenziamento rete RUP, DEC e assistenti ai DEC per il corretto ed analitico controllo della corretta esecuzione delle prestazioni contrattuali
	Monitoraggio andamento economico forniture beni/servizi	5	5	1	5	5	2	1	1	1	5	3,83333333	2	7,666666667	Inadeguata attività di controllo e governo	Istituzione e potenziamento rete RUP, DEC e assistenti ai DEC per il corretto ed analitico controllo della corretta esecuzione delle prestazioni contrattuali

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
UOC AFFARI GENERALI	Protocollo e atti delib.	Protocollo	1	2	1	1	1	1	5	1	0	3	1,17	2,25	2,63
	Protocollo e atti delib.	Atti deliberativi	1	5	1	1	1	1	5	1	0	3	1,67	2,25	3,75
	Legale, assic. - Contenz.	Affari legali - Contenzioso	2	5	1	5	1	1	5	1	0	2	2,50	2,00	5,00
	Legale, assic. - Contenz.	Gestione polizze assicurative	1	5	1	5	1	1	1	1	0	2	2,33	1,00	2,33
	Legale, assic. - Contenz.	Gest. sinistri e risarcim. danni	2	5	1	5	1	1	4	1	0	2	2,50	1,75	4,38
	Collaborazioni esterne	Acq./gest. collab. esterni	2	5	1	3	1	1	5	1	0	2	2,17	2,00	4,33
	Convenzioni e donazioni	Donazioni modali	1	5	1	3	1	1	5	1	0	2	2,25	2,00	4,50
	Convenzioni e donazioni	Convenzioni attive	2	5	1	1	1	1	5	1	0	2	2,13	2,00	4,25
	Convenzioni e donazioni	Convenzioni passive	2	5	1	5	1	1	5	1	0	2	2,63	2,00	5,25
	Studi clinici	Studi profit e no profit	2	5	1	5	1	1	3	1	0	3	2,50	1,75	4,38
	Studi clinici	Contabilità	1	5	1	5	1	2	3	1	0	3	2,50	1,75	4,38
	Studi clinici	Utilizzi	4	5	1	3	1	2	1	1	0	3	2,67	1,25	3,33
	Studi clinici	Chiusura e archiviazione	4	2	1	1	1	1	1	1	0	3	1,67	1,25	2,08

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
UOSD Operations Management	Percorso Preoperatorio *	controlli su liste d'attesa per il ricovero chirurgico	4	2	1	1	1	4	3	1	1	3	2,1	2	4,2
	UOSD Operations Management	assegnazione mensile sedute operatorie alle UU.OO. Chirurgiche	4	5	1	1	1	2	1	1	1	3	2	1,5	3
	Percorso Preoperatorio *	organizzazione della preospedalizzazione	4	5	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1,5	3
	Cabina di Regia dei blocchi operatori	valutazione di fattibilità degli interventi prenotati dalle UUOO Chirurgiche	4	5	1	1	1	1	3	1	1	1	1,9	1,5	2,85
	Percorso Preoperatorio *	convocazione dei pazienti per preospedalizzazioni in regime diurno	1	5	1	1	1	1	3	1	1	1	1,6	1,5	2,4
	Percorso Preoperatorio *	slocco dei ricoveri chirurgici di elezione	4	5	1	1	1	1	3	1	1	1	1,9	1,5	2,85
	Cabina di Regia dei blocchi operatori	controllo dei tempi di sala operatoria	4	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1,6	1,5	2,4
	UOSD Operations Management	controllo dei tempi di refertazione degli interventi chirurgici	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,4	1	1,4
UOSD Operations Management	elaborazione di dati statistici relativi al percorso chirurgico	4	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1,6	1,5	2,4	

Percorso Preoperatorio * attività coordinata insieme alla Direzione Sanitaria

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
UOSD Accoglienza Tutela e Partecipazione URP		SP 01 - tutela e partecipazione	2	5	1	1	1	2	5	1	4	5	2	3,75	7,5
		SP 02 - punti accoglienza	4	5	1	1	1	1	5	1	1	3	2,166667	2,5	5,416667
		SP 03 - comunicazione	2	5	5	5	1	1	5	1	4	5	3,166667	3,75	11,875

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
UO CLINICAL RISK MANAGEMENT	RM	FORMAZIONE	2	2	1	1	1	1	1	1	0	3	1,3	1,25	1,625
	RM	VALUTAZIONE E GESTIONE INCIDENT REPORTING	2	2	1	1	1	1	3	1	0	3	1,5	1,75	2,625
	RM	TRATTAMENTO EVENTI AVVERSI	2	2	1	1	1	1	3	1	0	3	1,5	1,75	2,625

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
UOC Progettazione, Sviluppo e Gestione del Patrimonio		Gestione del patrimonio Immobiliare: Analisi efficacia ed efficienza uso immobili	4	2	1	1	1	2	5	1	1	3	1,833333	2,5	4,583333
		Gestione del patrimonio Immobiliare: Definizione dei capitolati di gara per lavori e servizi	2	3	2	4	5	2	5	1	1	3	3	2,5	7,5
		Gestione del patrimonio Immobiliare: Manutenzioni	2	3	2	4	5	2	5	1	1	3	3	2,5	7,5
		Patrimonio Immobiliare: Collaudo Lavori	1	3	1	4	1	1	5	1	1	3	1,833333	2,5	4,583333
		Programmazione Analisi e definizione del bisogni, redazione ed aggiornamento della programmazione degli acquisti di servizi a appalti dl lavori	2	3	2	4	5	2	5	1	1	3	3	2,5	7,5

MAPPA DEI PROCESSI SIM (UNIT GOVERNO TECNOLOGICO)

	Area Rischio	Processo	Indici di valutazione della probabilità (vedere Tabella B come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere Tabella B come				Probabilità (media punteggi A1-A6)	Valore del rischio (media prob. + media impatto)	Note su rischi vari e di corruzione	Misure adottate
			A1	A2	A3	A4	A5	A6	B1	B2	B3	B4				
1)	SIM	Rapporti con RTI	4	5	1	5	1	2	3	1	1	3	3	6	Accordi tra fornitore e personale PTV	Rispetto delle normative vigenti in materia, dettagliata attività tecnica rendicontata periodicamente
2)	SIM	Gestione RIAB (richieste intervento apparecchiature biomedicali)	4	5	1	5	1	2	3	1	1	3	3	6	Accordi tra fornitore e personale PTV	Rispetto delle normative vigenti in materia, dettagliata attività tecnica rendicontata periodicamente
3)	SIM	Manutenzioni preventive	2	5	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4		Rispetto delle normative vigenti in materia, dettagliata attività tecnica rendicontata periodicamente
4)	SIM	Consulenza	4	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	4		Rispetto delle normative vigenti in materia, dettagliata attività tecnica rendicontata periodicamente
5)	SIM	Collaudo	2	5	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4		Rispetto delle normative vigenti in materia, dettagliata attività tecnica rendicontata periodicamente
6)	SIM	Obiettivi Dirigente	4	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	4		Rispetto delle normative vigenti in materia, dettagliata attività tecnica rendicontata periodicamente

Area di rischio	Uffici	Processo	Indice di valutazione della probabilità (vedere Tabella B - come legenda)						Indici di valutazione dell'impatto (vedere tabella B come <i>legenda</i>)				Probabilità (media punteggi da A1-A6)	Impatto (media punteggi da B1-B4)	Valore del Rischio (media prob. * media impatto)
			A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	B 1	B 2	B 3	B 4			
U.O.C. CONTROLLO DIREZIONALE	/	REPORTING SU INDICATORI DI ATTIVITA'	5	2	1	1	n.a.	1	5	1	1	3	2,0	2,5	5,00
		ELABORAZIONE REPORTISTICA CONTABILITA' ANALITICA	2	2	1	1	n.a.	1	5	1	1	3	1,4	2,5	3,50
		ELABORAZIONE ED INVIO FLUSSI INFORMATIVI ISTITUZIONALI	4	5	1	1	n.a.	2	5	1	1	3	2,6	2,5	6,50
		GESTIONE E MONITORAGGIO BUDGET	2	2	1	3	n.a.	2	5	1	1	3	2,0	2,5	5,00