

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N. ~~351~~³³⁴ DEL ~~03 MAG. 2022~~
29 APR. 2022

OGGETTO: Approvazione Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'A.S.P. di Crotone 2022-2024 (P.T.P.C.T. 2022-24).

Il Commissario Straordinario, Dr. Domenico Sperli, nominato con DCA n. 06 del 08.01.2021, adotta la seguente deliberazione in merito all'argomento indicato in oggetto assistito dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

STRUTTURA PROPONENTE: Ufficio Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Il Dirigente Responsabile della U.O. F.L.M.S. nell'esercizio delle funzioni di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'ASP di Crotone, conferite con deliberazione del Commissario Straordinario n.ro 102 del 15/06/2020 ed estese deliberazione del Direttore Generale f.f. n.ro 361 del 30/12/2020, propone al Commissario Straordinario l'adozione del presente atto, del quale ha accertato la regolarità tecnico-procedurale.

*Il Responsabile della Prevenzione della
Corruzione e della Trasparenza (RPCT)*
Ing. Ivan Giuseppe SOLANO

VISTA la Legge 190/2012 recante "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione*", entrata in vigore il 28 novembre 2012;

RICHIAMATI i Decreti Attuativi della suddetta legge:

- D.lgs. n. 33/2013 recante "*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*";
- D.lgs. n. 39/2013 recante "*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1 commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*";
- D.P.R. n. 62/2013 recante "*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'art. 54 del D.lgs. 30 marzo n. 165/2001*";
- D.lgs. n. 97/2016 "*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di Prevenzione della Corruzione, Pubblicità e Trasparenza, correttivo della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 ai sensi dell'art. 7 della Legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*";

VISTI:

- Il Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con delibera n. 72 dell'11.09.2013;
- l'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla Determina ANAC n. 12 del 28.10.2015 "*Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione*";
- il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 di cui alla delibera ANAC n. 831 del 03.08.2016 "*Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016*";
- l'aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera ANAC n. 1208 del 22.11.2017 "*Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione*";
- l'aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla delibera ANAC n. 1074 del 21.11.2018 "*Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione*";
- il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (PNA 2019), approvato con Delibera A.N.A.C. n. 1064 del 13 novembre 2019;
- il vademecum "*Orientamenti di Anac per la pianificazione Anticorruzione e trasparenza 2022*", approvato dal Consiglio dell'Autorità il 2 febbraio 2022, presentato durante il webinar "*Sull'onda della semplificazione e della trasparenza*", svoltosi il 3 febbraio 2022;

PRESO ATTO CHE il comma 7 dell'art. 1 della summenzionata Legge 190/2012 al primo periodo prevede che "*l'organo di indirizzo individua, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività*";

ATTESO CHE con deliberazione del Commissario Straordinario n.ro 102 del 15/06/2020 sono state conferite all'Ing. Ivan Giuseppe SOLANO le funzioni di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) ai sensi della Legge n. 190/2012 poi estese deliberazione del Direttore Generale f.f. n.ro 361 del 30/12/2020;

CONSIDERATO CHE l'art 1, co. 8, l. 190/2012, stabilisce che il RPCT predisporre, in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno), il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione;

PRESO ATTO CHE in data 12 gennaio 2022 il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ha deliberato di rinviare la data per l'approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, fissata al 31 gennaio di ogni anno dalla legge 6 novembre 2012 n. 190, per l'anno 2022, al 30 aprile.

VISTO il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'A.S.P. di Crotone 2022-2024 (P.T.P.C.T. 2022-24) dal Responsabile per la Prevenzione della corruzione e la trasparenza;

RITENUTO pertanto, alla luce della normativa sopra richiamata, di dover approvare il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'A.S.P. di Crotone 2022-2024 (P.T.P.C.T. 2022-24) elaborato, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge 190/2012 dal Responsabile per la Prevenzione della corruzione e la trasparenza, allegato alla presente per formarne parte integrante e sostanziale;

VISTO il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021 - 2023 (PTPCT 2021-2023) dell'ASP di Crotone approvato con deliberazione del Commissario Straordinario n. 161 del 31/03/2021;

VISTE le leggi in materia;

PROPONE

Per quanto in premessa specificato e descritto, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato, di:

1. **APPROVARE** il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'A.S.P. di Crotone 2022-2024 (P.T.P.C.T. 2022-24) elaborato, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della legge 190/2012 dal Responsabile per la Prevenzione della corruzione e la trasparenza, allegato alla presente per formarne parte integrante e sostanziale;
2. **DARE MANDATO** al Responsabile per la Prevenzione della corruzione e la trasparenza di eseguire gli adempimenti consequenziali di competenza;
3. **DARE MANDATO** all'Ufficio Affari Generali, Legali e Assicurativi di trasmettere il presente provvedimento all'Organismo Indipendente di Valutazione, al Collegio

Sindacale, ai Direttori di Dipartimento, al Direttore di Distretto e al Direttore Medico di Presidio Ospedaliero con l'invito di dare ampia diffusione al presente PTPCT;

4. DARE MANDATO all'Ufficio Affari Generali, Legali e Assicurativi di trasmettere, altresì, il presente provvedimento al Dipartimento regionale Tutela della Salute e alla Struttura Commissariale PdR ai rispettivi indirizzi di mail PEC di seguito indicati:

- dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it
- commissariatoadacta.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

=====

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

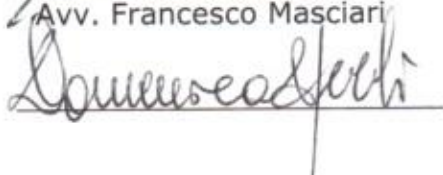
VISTA la proposta di deliberazione che precede e che s'intende qui di seguito integralmente riportata e trascritta.

RITENUTO di condividerne il contenuto.

DELIBERA

di approvare la superiore proposta che qui s'intende integralmente riportata e trascritta per come sopra formulata dal Direttore della struttura proponente.

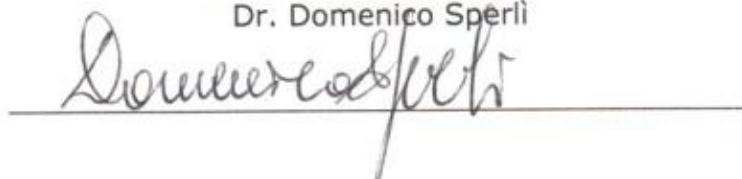
Il Direttore Amministrativo
Avv. Francesco Masciari



Il Direttore Sanitario
Dr. Giuseppe Panella



Il Commissario Straordinario
Dr. Domenico Sperli



UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETERIA GENERALE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'Azienda in data ~~03 MAG. 2022~~ con protocollo della U.O. Segreteria Generale n. ~~069~~

067

29 APR. 2022

Il Responsabile del Procedimento

Il Direttore U.O.C.
Affari Generali e Legali



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA DELL'A.S.P. DI CROTONE

Triennio 2022-2024

Approvato con delibera del Commissario Straordinario n. _____ del _____

INDICE

| | |
|--|-----------|
| PARTE GENERALE | 3 |
| 1 <i>Premessa</i> | 3 |
| 2 <i>Modello organizzativo e funzioni dell'ASP di Crotone</i> | 3 |
| 3 <i>Soggetti, funzioni e responsabilità</i> | 5 |
| 4 <i>Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza</i> | 14 |
| 5 <i>La metodologia di analisi del rischio</i> | 15 |
| PARTE I LA GESTIONE DEL RISCHIO | 17 |
| 6 <i>L'ANALISI DEL CONTESTO</i> | 17 |
| 6.1 <i>Analisi del contesto esterno</i> | 17 |
| 6.2 <i>I portatori di interesse (stakeholders)</i> | 18 |
| 6.3 <i>Analisi del contesto interno</i> | 19 |
| 6.4 <i>Analisi del contesto: obiettivi di mandato</i> | 20 |
| 6.5 <i>La mappatura dei processi</i> | 32 |
| 6.6 <i>Le procedure amministrativo-contabili</i> | 32 |
| 6.7 <i>La rappresentazione dei processi</i> | 37 |
| 7 <i>LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO</i> | 43 |
| 7.1 <i>Esiti del monitoraggio sull'attuazione delle misure previste nel PTPC 2021-23</i> | 45 |
| 7.2 <i>Procedure amministrativo-contabili e SEC-SISR</i> | 47 |
| 8 <i>IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO</i> | 69 |
| PARTE II LE MISURE GENERALI | 72 |
| PARTE III LA MISURA DELLA TRASPARENZA. | 73 |

PARTE GENERALE

1 Premessa

Il presente PTPC si articola in una parte generale ed in tre parti specifiche: la *prima* dedicata alle modalità di svolgimento del processo di gestione del rischio; la *seconda* alla programmazione delle attività attuative delle misure di carattere generale e la *terza* a quelle della misura della trasparenza.

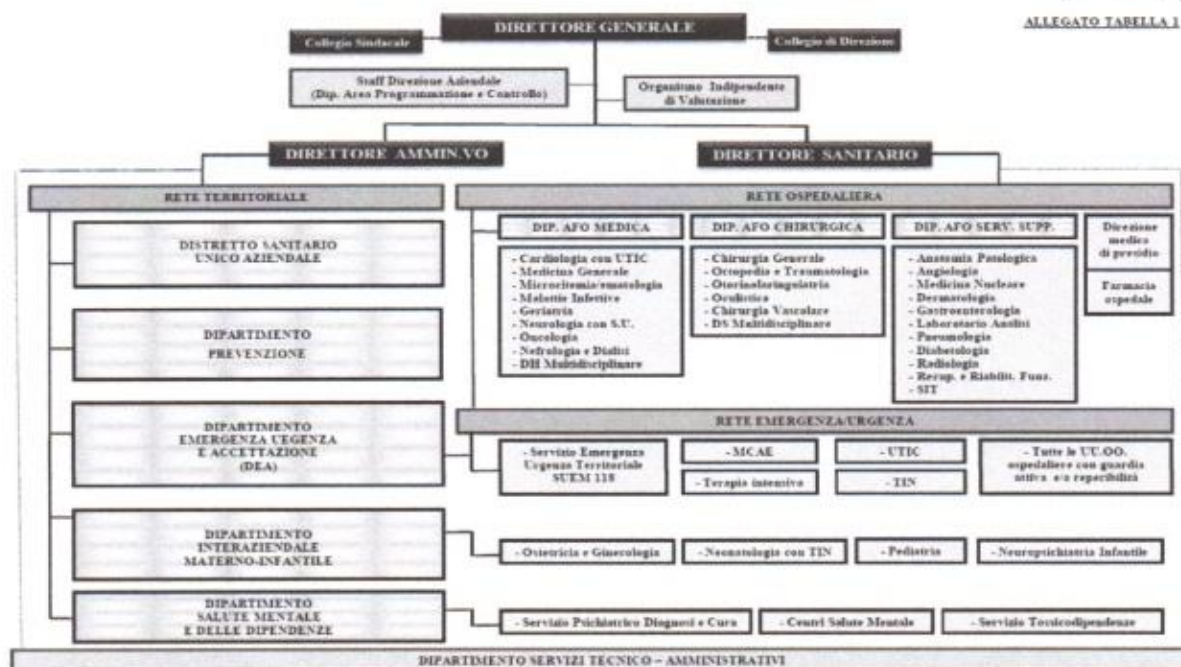
Il Piano, infine, è corredato da una serie di allegati, volti ad illustrare nel dettaglio gli esiti dello svolgimento del processo di gestione del rischio.

2 Modello organizzativo e funzioni dell'ASP di Crotone

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, è un Ente, senza fini di lucro, con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale avente la finalità di assicurare la tutela della salute della popolazione in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente in materia, agli obiettivi di salute stabiliti dalla regione e ai livelli essenziali di assistenza definiti dai provvedimenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale.

L'A.S.P di Crotone ha come contesto di riferimento tutto il territorio della Provincia di Crotone, suddiviso in 27 comuni e garantisce la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento, nonché il soddisfacimento dei bisogni di tutela della salute e dei bisogni socio-sanitari delle persone presenti nel territorio di competenza. A tale fine, l'azienda organizza le proprie strutture e le attività assicurando l'universalità ed equità d'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'economicità delle scelte nel rispetto delle risorse disponibili.

La struttura organizzativa è quella di cui all'atto aziendale approvato con *delibera del commissario straordinario n.ro 253 del 21/07/2016*, a cui si rimanda per eventuali approfondimenti. Nelle tabella seguente è riportata la rappresentazione grafica dell'attuale organizzazione. Si riporta qui di seguito la TABELLA 1 "*Strutturazione organizzativa generale ASP di Crotone*", allegata all'atto aziendale, riferita sia alla struttura organizzativa centrale, che alle sedi periferiche dislocate sul territorio. Per ulteriori dettagli è possibile consultare sull'albo pretorio aziendale la TABELLA 2 "*Dipartimenti e strutture complesse e semplici*" e la TABELLA 3 "*Riepilogo generale strutture organizzative atto aziendale*" entrambe allegate al vigente atto aziendale.



DOTAZIONE ORGANICA

Al fine di fornire indicazioni utili anche in termini di dotazione di personale dell'ASP di Crotone si riporta qui nel seguito la "TABELLA 4" allegata all'atto aziendale sopra richiamato e **aggiornata alla data del 31/12/2021**

| RUOLO | AREA CONTRATTUALE | PROFILO PROFESSIONALE | DIPENDENTI T.I.- T.D. 31.12.2021 |
|---------------|--------------------------|---|---|
| Sanitario | Dirigenza Sanitaria | Dirigente Medico | 301 |
| Sanitario | Dirigenza Sanitaria | Dirigente Veterinario | 12 |
| Sanitario | Dirigenza Sanitaria | Dirigente Biologo | 8 |
| Sanitario | Dirigenza Sanitaria | Dirigente Farmacista | 14 |
| Sanitario | Dirigenza Sanitaria | Dirigente Psicologo | 11 |
| Sanitario | Dirigenza Sanitaria | Dirigente Professioni Sanitarie | 1 |
| Sanitario | Comparto | Collaboratore Professionale Sanit. Senior | 18 |
| Sanitario | Comparto | Personale Infermieristico | 578 |
| Sanitario | Comparto | Personale Tecnico Sanitario | 59 |
| Sanitario | Comparto | Personale della Riabilitazione | 33 |
| Sanitario | Comparto | Personale Vigilanza e Ispezione | 16 |
| Professionale | Dirigenza PTA | Dirigente Architetto | 1 |
| Professionale | Dirigenza PTA | Dirigente Avvocato | 3 |
| Professionale | Dirigenza PTA | Dirigente Ingegnere | 2 |
| Professionale | Comparto | Assistente Religioso | 1 |
| Tecnico | Comparto | Collab. Prof. Assistente Sociale Senior | 3 |
| Tecnico | Comparto | Collab. Prof. Assistente Sociale | 8 |
| Tecnico | Comparto | Collaboratore Tecnico Professionale | 1 |
| Tecnico | Comparto | Assistente Tecnico | 6 |
| Tecnico | Comparto | Operatore Tecnico Specializzato Senior | 9 |

| | | | |
|----------------|---------------|--|-------------|
| Tecnico | Comparto | Operatore Tecnico Specializzato | 39 |
| Tecnico | Comparto | Operatore Tecnico | 96 |
| Tecnico | Comparto | Operatore Socio Sanitario | 165 |
| Tecnico | Comparto | Ausiliario Specializzato | 16 |
| Amministrativo | Dirigenza PTA | Dirigente Amministrativo | 4 |
| Amministrativo | Comparto | Collaboratore Amministr. Prof. Senior | 10 |
| Amministrativo | Comparto | Collaboratore Amministr. Professionale | 26 |
| Amministrativo | Comparto | Assistente Amministrativo | 55 |
| Amministrativo | Comparto | Coadiutore Amministrativo Senior | 13 |
| Amministrativo | Comparto | Coadiutore Amministrativo | 56 |
| Amministrativo | Comparto | Commesso | 4 |
| | Comparto | Personale Equipes S.P.P. | 26 |
| | | TOTALE DOTAZIONE ORGANICA | 1595 |

3 Soggetti, funzioni e responsabilità

I soggetti che, in maniera tra loro coordinata, concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda sono indicati nella tabelle che seguono riportanti le relative funzioni e responsabilità.

| Soggetto/organo/struttura (atto di nomina) | Funzioni e responsabilità |
|---|--|
| <p>L'Organo di Indirizzo (DCA n.ro 6 del 08/01/2021; delibere n. 171 e 172 del 07/04/2021)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione; - tiene conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e adoperarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo; - crea le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia del RPCT nello svolgimento della sua attività senza pressioni che possono condizionarne le valutazioni; - assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni; - promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale |

| Soggetto/organo/struttura (atto di nomina) | Funzioni e responsabilità |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza <i>(delibera n.ro 102 del 15/06/2020 delibera n.ro 361 del 30/12/2020)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - <i>l'art 1, co. 8, l. 190/2012, stabilisce che il RPCT predisporre – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione;</i> - <i>L'art 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT segnali all'Organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;</i> - <i>L'art. 1 co. 9, lett. c) della medesima legge dispone che il PTPC preveda «obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano», con particolare riguardo alle attività ivi individuate;</i> - <i>L'art 1, co. 10, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT verifica l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione;</i> - <i>L'art. 1, co. 14, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT rediga la RELAZIONE ANNUALE recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nel PTPC;</i> - <i>L'art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto "un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando</i> |

| | |
|--|--|
| | <p><i>all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione";</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'ACCESSO CIVICO: "Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni".</i> - <i>L'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi DATI, INFORMAZIONI o DOCUMENTI oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013.</i> - <i>L'art. 15, co. 3 del d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 stabilisce che il RPCT cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio.</i> |
|--|--|

GRUPPO OPERATIVO DI SUPPORTO RPCT

In attuazione di quanto previsto al § 9 "Soggetti, funzioni e responsabilità" del P.T.P.C.T. 2021-23 dell'ASP di Crotone, con *delibera n. 754 del 22/11/2021* il Commissario Straordinario ha disposto la costituzione del gruppo operativo supporto RPCT per il **monitoraggio** delle SCHEDE di TRATTAMENTO DEL RISCHIO di cui al § 13 del P.T.P.C.T. sopra richiamato.

I componenti del GRUPPO oltre a fungere da **interlocutori stabili** del RPCT nelle varie unità organizzative e nelle eventuali articolazioni periferiche, lo supportano operativamente in tutte le fasi del processo di gestione del rischio corruttivo.

| Soggetto/organo/struttura (atto di nomina) | Funzioni e responsabilità |
|---|---|
| <p>Gruppo Operativo di Supporto RPCT <i>(delibera n. 754 del 22/11/2021)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - supporta il RPCT nella sua attività operativa; - svolge una costante attività informativa nei confronti del RPCT; - coinvolge tutti i dipendenti delle strutture di loro competenza nelle attività previste dal piano anticorruzione; |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - fornisce gli elementi necessari per l'adozione e l'aggiornamento del Piano anticorruzione e del programma per la trasparenza; - collabora all'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione; - fornisce gli elementi per l'adozione dei "protocolli di legalità" e dei "patti di integrità" che dovranno essere osservati dai fornitori di beni, servizi e consulenze; - partecipa agli incontri periodici programmati dal Responsabile al fine di monitorare il rispetto del piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività; - comunica tempestivamente al RPCT fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'amministrazione ovvero segnalazioni ricevute circa il mancato adempimento degli obblighi di trasparenza; - realizza gli obiettivi assegnati in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione nel ciclo della performance individuale; - contribuisce alla stesura del Piano e degli allegati; - affianca il RPCT nell'attività di verifica, monitoraggio e sensibilizzazione. |
|--|--|

DIRIGENTI e I RESPONSABILI DELLE UU.OO.

Dalle valutazioni dei PTPCT svolte dall'A.N.A.C. è risultato che la **carente mappatura** dei processi elaborata dalle amministrazioni è dipesa anche dalla **resistenza dei responsabili degli uffici a partecipare**, per le parti di rispettiva competenza, alla rilevazione e alle successive fasi di identificazione e valutazione dei rischi. L'Autorità è stata anche destinataria di segnalazioni da parte degli stessi RPCT, in cui si lamenta il mancato contributo dei dirigenti e dei titolari di posizione organizzativa nella fase di elaborazione del PTPCT.

Queste resistenze vanno rimosse, in termini culturali, con adeguati e mirati processi formativi, ma anche con soluzioni organizzative e procedurali che consentano una maggiore partecipazione dei responsabili degli uffici a tutte le fasi di predisposizione del PTPCT promuovendo così la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti.

L'art. 1, co. 9, lett. c) della l.190/2012, con particolare riguardo ai contenuti del PTPC stabilisce che in esso debbano essere previsti **obblighi di informazione nei confronti del RPCT**, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare

riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.

L'art. 16, co. 1 ter, d.lgs. n. 165 del 2001 stabilisce che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a "fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione".

| Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità | Funzioni e responsabilità |
|--|---|
| <p>I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative</p> | <ul style="list-style-type: none"> - valorizzano la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative; - partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure; - curano lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovono la formazione in materia de dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità; - si assumono la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operano in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale; - tengono conto, in sede di valutazione delle performance del contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT; - forniscono le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività a elevato rischio di corruzione; - concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione; - controllano costantemente le attività più esposte al rischio corruzione svolte nella struttura cui sono preposti; - assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione; - avanzano proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, afferente la propria struttura; - propongono, per l'area di competenza, i nominativi del personale con priorità di formazione. |



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

GLI ORGANISMI INDIPENDENTI DI VALUTAZIONE (O.I.V.)

Gli OIV rivestono un ruolo importante nel coordinamento tra il *sistema di gestione della performance* e le *misure di prevenzione della corruzione e trasparenza* nelle pubbliche amministrazioni.

Il quadro delle competenze ad essi dapprima attribuite dall'*art. 14 del d.lgs. 150/2009, n. 150*, è stato successivamente modificato ed integrato dal d.l. 90/2014 e dal d.P.R. del 9 maggio 2016, n. 105 «*Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche*» e, più recentemente, dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74. Specifici compiti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono stati conferiti agli OIV dal d.lgs. 33/2013 e dalla l. 190/2012.

Le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione dal d.lgs. 33/2013 sono state rafforzate dalle modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato alla l. 190/2012. La nuova disciplina, improntata su una logica di coordinamento e maggiore comunicazione tra OIV e RPCT e di relazione dello stesso OIV con ANAC, prevede un più ampio coinvolgimento degli OIV chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

In linea con quanto già disposto dall'*art. 44 del d.lgs. 33/2013*, detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla *performance*, verificano che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che **nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza**. Con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo essi offrono **un supporto metodologico al RPCT** e agli altri soggetti interessati.

In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza, l'OIV verifica i contenuti della **Relazione annuale del RPCT** recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT è tenuto a trasmettere allo stesso OIV oltre che all'organo di indirizzo dell'amministrazione (art. 1, co. 14, della l. 190/2012). Nell'ambito di tale verifica, l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari e può anche effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012).

L'OIV esprime un parere obbligatorio su una specifica misura di prevenzione della corruzione - il **codice di comportamento** - che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001.

La connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza già prevista dal d.lgs. 150/2009 ha trovato conferma nel d.lgs. 33/2013 ove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione (art. 10). Ne consegue che gli OIV sono tenuti a verificare la **coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance**, valutando anche l'adeguatezza dei relativi **indicatori**. Inoltre, essi utilizzano i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle **performance sia organizzativa, sia individuale**, del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati (art. 44). L'attività di controllo sull'adempimento degli **obblighi di pubblicazione**, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43).

Le modifiche normative che si sono succedute nel tempo hanno mantenuto inalterato il compito affidato agli OIV di promuovere e attestare **l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza** (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009) (cfr. Parte III § 4.4. "L'attestazione OIV sulla trasparenza"). Detta attività continua a rivestire particolare importanza per ANAC che, nell'ambito dell'esercizio dei propri poteri di controllo e di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, definisce annualmente le modalità per la predisposizione dell'attestazione. Tale attestazione va pubblicata, da parte del RPCT, entro il 30 aprile.

Nell'esercizio dei propri **poteri di vigilanza e controllo**, l'**ANAC** può chiedere **informazioni tanto all'OIV quanto al RPCT** sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012), anche tenuto conto che l'OIV riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali **disfunzioni** inerenti l'attuazione dei PTPCT (art. 1, co. 7, l. 190/2012). Ciò in continuità con quanto già disposto dall'art. 45, co. 2, del d.lgs. 33/2013, ove è prevista la possibilità per ANAC di coinvolgere l'OIV per acquisire ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza.

| Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità | Funzioni e responsabilità |
|--|---|
| <p>Gli Organismi Indipendenti di Valutazione <i>(delibera del Commissario Straordinario n.ro 31 del 11/05/2020)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - offrono, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri soggetti, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo; - forniscono, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi; |



| | |
|--|--|
| | - favoriscono l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della <i>performance</i> e il ciclo di gestione del rischio corruttivo. |
|--|--|

IL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale è organo della Azienda al pari del Direttore Generale che lo nomina, in base alla specifica designazione delle Autorità competenti, sulla scorta di quanto previsto dall'*art. 3 comma 13 del D.Lgs 502/92 e s.m.i.* nonché dalla vigente normativa regionale in materia.

La funzione del Collegio si estrinseca in azione di vigilanza riguardo al rispetto da parte dell'Azienda delle *regole di buon governo*, nonché delle norme vigenti disciplinanti la *garanzia della legittimità procedurale* e la *tenuta della contabilità* in ciò ricomprendendo tutte le disposizioni disciplinanti la *corretta compilazione dei libri contabili previsti*, nonché la scrupolosa annotazione delle registrazioni.

Il Collegio in particolare:

- esercita la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- vigila sull'osservanza della legge, sulla correttezza degli atti e sulla regolare tenuta della contabilità e dei libri, garantendo la conformità del bilancio alle risultanze delle scritture e dei libri contabili;
- esprime un parere sul bilancio di previsione e di esercizio;
- vigila sugli adempimenti relativi agli obblighi fiscali;
- effettua periodiche verifiche di cassa;
- procede ad atti di ispezione e di controllo.

Il carattere di Organo dell'Azienda abilita pienamente il Collegio alla esecuzione di ogni forma di controllo ritenuta utile in ordine all'assolvimento delle incombenze devolute anche per il tramite del controllo degli atti assunti ovvero di richiesta al Direttore Generale o ai Dirigenti di informazioni riguardanti l'andamento della gestione in senso lato.

| Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità | Funzioni e responsabilità |
|--|--|
| <p>Il Collegio sindacale <i>(delibera del Direttore Generale F.F. n.ro 65 del 16/01/2020)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - la funzione di organismo di vigilanza prevista dal presente piano è svolta dal collegio sindacale che già svolge la medesima funzione ai fini della gestione e controllo ai sensi dell'<i>art. 3 comma 13 del d.lgs 502/92 e dell'art. 1 comma 174 l. 23 dicembre 2014 n. 190.</i> - il suddetto organismo verifica l'amministrazione dell'asp sotto il profilo economico e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente e, pertanto, anche quella relativa alla tematica della prevenzione della corruzione. |

UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)

L'UPD è espressamente previsto dall'art. 55-bis, comma 2 del d.lgs. 165/2001, novellato dall'art. 13 del d.lgs. 75/2017. Oltre alle funzioni disciplinari di cui all'articolo 55-bis e seguenti del decreto legislativo n. 165 del 2001, l'UPD cura l'aggiornamento del Codice di comportamento dei dipendenti dell'ASP, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la **predisposizione dell'archivio delle condotte illecite accertate e sanzionate**; assicura il rispetto dell'art. 54-bis e seguenti del decreto legislativo n. 165 del 2001, in raccordo con il RPCT.

| Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità | Funzioni e responsabilità |
|---|---|
| <p>Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD) <i>(istituito con delibera n.ro 106 del 14/02/2020, modificato con delibera n. ro 698 del 10/11/2021)</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> - vigilano sull'applicazione del Codice di comportamento aziendale; - svolgono i compiti attribuiti dalla normativa ai comitati etici; - curano l'aggiornamento del Codice di comportamento della amministrazione, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, - assicurando al dipendente che segnala illeciti le garanzie previste dall'ordinamento; - possono chiedere all'Autorità Nazionale Anticorruzione parere facoltativo ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del Codice di comportamento. |

DIPENDENTI

L'art. 8 del d.P.R. 62/2013 contiene il dovere per i dipendenti di prestare la loro collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nel PTPCT. La violazione da parte dei dipendenti dell'amministrazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce ***illecito disciplinare*** (legge 190/2012, art. 1, co. 14).

A tal proposito si evidenzia l'obbligo che i dirigenti hanno l'obbligo di avviare i procedimenti disciplinari nei confronti dei dipendenti ai sensi all'art. 55-sexies, co. 3, del d.lgs. 165/2001.

| Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità | Funzioni e responsabilità |
|--|--|
| <p>Dipendenti</p> | <ul style="list-style-type: none"> - partecipano attivamente al processo di gestione del rischio; - attuano le misure di prevenzione programmate nel PTPCT; - comunicano i casi di conflitto di interessi che li riguardano personalmente; - segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD. |

| Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità | Funzioni e responsabilità |
|--|--|
| Collaboratori a qualsiasi titolo | <ul style="list-style-type: none"> - osservano le <i>misure di prevenzione della corruzione e trasparenza</i> contenute nel presente Piano, per quanto applicabili alla tipologia di rapporto che intercorre con l'ASP di Crotone; - segnalano le situazioni di illecito; - ottemperano alla disposizione di cui all'art. 2 comma 2 CODICE DI COMPORTAMENTO ED ETICO dei dipendenti dell'ASP di Crotone, aggiornato con <i>deliberazione del Direttore Generale F.F. n.ro 65 del 14 agosto 2020: "gli obblighi di condotta previsti dal Codice si applicano anche nei confronti dei dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e servizi e che realizzano opere in favore della stessa Amministrazione"</i>. |

4 Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza individuati dall'organo di indirizzo - *riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione, aumento della capacità di individuazione degli eventuali casi di corruzione, creazione di un contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi* - NON possono prescindere degli **obiettivi di valore pubblico** previsti dalle recenti misure emergenziali per il Servizio Sanitario della Regione Calabria ed in particolare dal D.L. n. 35 del 30/04/2019, convertito dalla Legge n. 60 del 25/06/2019 e dal D.L. n. 150 del 10/11/2020, convertito dalla Legge n. 181 del 30/12/2020.

Come è noto la mission istituzionale dell'A.S.P. di Crotone è quella di *"assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA) previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, tutelare e promuovere la salute di tutti i cittadini, a cominciare dai residenti, vero centro dell'interesse aziendale, sia adottando misure di prevenzione, che erogando prestazioni sanitarie per acuti e prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria a domicilio degli utenti e sul territorio in presidi a gestione diretta o in altri presidi pubblici o privati accreditati secondo i principi di appropriatezza, efficienza ed economicità, nella convinzione che l'eliminazione degli sprechi, in sanità, non è un puro obiettivo economico, ma un'esigenza etica, perché ogni risorsa può essere reinvestita in prestazioni ai cittadini"*.

Alla luce di quanto sopra la direzione strategica ha individuato gli **obiettivi strategici** in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza di seguito riportati:

1. **governo clinico e trasparenza:** adozione di un cruscotto direzionale per il monitoraggio delle prestazioni e degli esiti dell'assistenza erogata, alimentato dai flussi informativi generati dal *Sistema Informativo Regionale e delle Aziende Sanitarie della Calabria "SEC-SISR"* in uso in azienda, di facile accesso a tutti gli stakeholder del governo clinico stesso ed agli organi preposti alla vigilanza e controllo, favorendo lo scambio di informazioni e la condivisione delle decisioni;
2. **revisione del sistema di controllo di gestione:** digitalizzazione dei processi ed implementazione delle 9 (nove) procedure amministrativo contabili di cui al *DCA n.ro 33 del 08/03/2016*, recepito dall'ASP di Crotone con *delibera n. 118 del 22/03/2016*, (*gestione del ciclo attivo, gestione del personale, gestione del magazzino, gestione del patrimonio, gestione degli inventari, gestione della mobilità sanitaria e partite infra gruppo, gestione del contenzioso, gestione delle rilevazioni numerarie e gestione delle chiusure contabili*);
3. **revisione del sistema di valutazione di misurazione e valutazione delle performance**, sia organizzativa che individuale, del responsabile e dei dirigenti delle singole UU.OO., nonché di tutto il personale dell'A.S.P. di Crotone, di cui al regolamento adottato con *delibera n.ro 275 del 23/12/2015* inserendo, ai sensi del *DCA n.ro 33 del 08/03/2016*, l'implementazione delle procedure amministrativo-contabili nel Piano della Performance tra gli obiettivi strategici dei Dirigenti delle UU.OO. competenti.

5 La metodologia di analisi del rischio

Ai fini della predisposizione del nuovo Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'ASP di Crotone si è assunto l'approccio metodologico di cui all'ALLEGATO 1 al PNA 2019, approvato con *Delibera A.N.A.C. n. 1064 del 13 novembre 2019*, che prevede che il processo di gestione del rischio di corruzione venga suddiviso nelle 3 "macro-fasi" di seguito riportate:

1. analisi del contesto (interno ed esterno);
2. valutazione del rischio (identificazione, analisi e ponderazione del rischio);
3. trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione).

Tale approccio suggerisce una graduale semplificazione del sistema di gestione del rischio corruttivo, ivi compresa l'attività di identificazione delle funzioni istituzionali, dei macro-processi e dei processi delle amministrazioni attraverso "un approccio flessibile e contestualizzato, che tenga conto delle specificità di ogni singola amministrazione e del contesto interno ed esterno nel quale essa opera".



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Più nello specifico chiarisce che *“l’aspetto centrale e più importante dell’analisi del contesto interno ... è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L’obiettivo è che l’intera attività svolta dall’amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell’attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi”*.

In sintesi, l’ultimo PNA individua il fulcro principale dell’esame nel **processo**. Tali indicazioni sono state recepite anche nel PTPC 2022-2024 ed integrate con quanto previsto dal **“Percorso attuativo per la certificabilità dei bilanci delle aziende del SSR: approvazione delle procedure amministrativo-contabili”** di cui al *DCA n.ro 33 del 08/03/2016*, recepito dall’ASP di Crotona con delibera n. 118 del 22/03/2016, e dagli **obiettivi di mandato di cui al Decreto Legge n. 150 del 10 novembre 2020**, convertito con modificazioni nella legge 30 dicembre 2020, n. 181.

PARTE I LA GESTIONE DEL RISCHIO

6 L'ANALISI DEL CONTESTO

La prima macro-fase del processo di gestione del rischio è relativa all'analisi del contesto esterno ed interno. Attraverso l'analisi del contesto, l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad identificare i rischi corruttivi che lo caratterizzano, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione ed attività (contesto interno).

L'analisi del **contesto esterno** ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'A.S.P. di Crotone opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. Ciò in relazione *sia al territorio di riferimento, sia a possibili relazioni con portatori di interessi esterni che possono influenzarne l'attività* (stakeholders).

L'analisi del **contesto interno** riguarda, da una parte, la *struttura organizzativa dell'A.S.P. di Crotone* e, dall'altra parte, la *mappatura dei processi*, che rappresenta l'aspetto centrale e più importante finalizzato ad una corretta valutazione del rischio.

Pertanto, gli elementi essenziali che devono quindi essere contenuti nella analisi del contesto sono i seguenti:

- analisi del contesto esterno;
- analisi del contesto interno;
- mappatura dei processi.

6.1 Analisi del contesto esterno

La Calabria è una regione che presenta notevoli difficoltà e ritardi dal punto di vista economico, sociale e occupazionale rispetto ad altre regioni italiane. Le condizioni di sottosviluppo della regione hanno contribuito a creare e a fare crescere forme diffuse di criminalità organizzata, che dimostrano ancora una capacità di controllo e un'influenza sulla società civile e politica che destano grande preoccupazione in ambito nazionale e comunitario.

Il territorio della provincia di Crotone è caratterizzato da una situazione sociale ed economica particolarmente preoccupante che si evidenzia nell'*elevato tasso di disoccupazione*, soprattutto giovanile, nel *mancato ammodernamento dell'agricoltura*, principale risorsa del comprensorio, nella *carente dotazione infrastrutturale e dei servizi primari* e nella *difficoltà di attuare politiche di riconversione, programmazione economica e di risanamento del comprensorio della città di Crotone*, dove esiste il porto e l'area industriale del polo chimico



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

oramai dismesso, dove oggi sono attivi tre contratti di programma nei settori della trasformazione del legno, dell'agroalimentare e dell'energia da biomasse.

Nella zona è in atto ormai da tempo un forte processo di de-industrializzazione, al quale fa riscontro una terziarizzazione piuttosto marcata, ma di per sé insufficiente ad assicurare la tenuta dei livelli occupazionali.

L'*andamento demografico* segna una costante diminuzione della popolazione della Regione, ormai inferiore ai 2 milioni di abitanti, che alle cause generali dell'analogo fenomeno nazionale, somma l'emigrazione delle energie più giovani, moralmente sane e qualificate professionalmente, che non riescono a trovare in regione le opportunità per realizzare la propria personalità, né condizioni di vita lavorativa e sociale accettabili. L'attuale struttura demografica della popolazione presenta, perciò, un'alta incidenza di persone anziane.

Nella provincia di Crotona insiste, inoltre, uno dei maggiori *Centri di accoglienza di emigrati d'Europa*, il "Sant'Anna", situato nel territorio del comune di Isola Capo Rizzuto, che comporta inevitabilmente importanti ricadute sull'intero territorio sia in termini socio - sanitari, che di malaffare.

Con specifico riferimento al settore sanitario, si considera del tutto attuale quanto rilevato dieci anni or sono dalla Corte dei Conti, quando afferma che in sanità i fenomeni di corruzione *"si intrecciano con sorprendente facilità a veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo"* e che *"il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriata organizzativa e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività"* (Corte dei Conti 2012, 265).

6.2 I portatori di interesse (stakeholders)

L'Azienda riconosce tra i propri valori fondanti la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi per favorire una scelta consapevole nell'ambito delle prestazioni e dei servizi offerti.

L'**Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)** rappresenta il punto di incontro preliminare con i cittadini. E' orientato ad assicurare una informazione semplice, tempestiva corretta su tutto il territorio dell'azienda e costituisce anche uno strumento di ascolto dei cittadini, attraverso i reclami, i suggerimenti. L'URP fa parte del sistema qualità dell'Azienda e contribuisce ad acquisire la percezione della qualità delle prestazioni erogate, individuando idonei ed adeguati strumenti per l'ascolto dell'utenza e la comunicazione con i cittadini e le Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti. Il *sistema di gestione dei reclami* si svolge attraverso procedure predefinite, sulla base di apposito regolamento di pubblica tutela.



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

I **Comitati Consultivi Misti** sono organismi costituiti presso il Presidio Ospedaliero aziendale e le aree sub distrettuali territoriali, per favorire la partecipazione al processo decisionale dell'Azienda, con l'obiettivo del miglioramento della qualità dei servizi dal lato dell'utenza. La loro costituzione ed il loro funzionamento sono disciplinati con apposito regolamento.

Oltre che con il cittadino, l'Azienda si relaziona con **portatori di interessi esterni** che possono influenzarne l'attività (stakeholders), quali:

- la Conferenza dei Sindaci;
- gli altri enti ed istituzioni operanti sul territorio;
- gli ordini ed i collegi professionali;
- le organizzazioni sindacali confederali;
- l'università;
- le altre aziende sanitarie e ospedaliere;
- fornitori di beni e servizi, ed esecutori di lavori;
- imprese, associazioni, consorzi ad altri enti di diritto pubblico e privato, a vario titolo coinvolti nell'attività svolta dall'A.S.P. di Crotona.

L'Azienda si relaziona altresì con la Magistratura, in particolare con le Procure penali e contabili, con le Prefetture, le Forze dell'Ordine (in particolare Guardia di Finanza e Carabinieri).

6.3 Analisi del contesto interno

Così come anticipato nel precedente **paragrafo 5**, ai fini della predisposizione del nuovo Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'ASP di Crotona sono state recepite le indicazioni di cui all'ALLEGATO 1 al PNA 2019 approvato con *Delibera A.N.A.C. n. 1064 del 13 novembre 2019*, integrandole con quanto previsto dal "*Percorso attuativo per la certificabilità dei bilanci delle aziende del SSR: approvazione delle procedure amministrativo-contabili*" di cui al *DCA n.ro 33 del 08/03/2016*, recepito dall'ASP di Crotona con *delibera n. 118 del 22/03/2016*, e dagli obiettivi di mandato di cui al Decreto Legge n. 150 del 10 novembre 2020, convertito con modificazioni nella legge 30 dicembre 2020, n. 181.

La struttura organizzativa dell'ASP di Crotona è quella rappresentata nel precedente **paragrafo 2**, "*Modello organizzativo e le funzioni dell'ASP di Crotona*".



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

6.4 Analisi del contesto: obiettivi di mandato

Si riportano qui nel prosieguo gli obiettivi di valore pubblico dell'A.S.P. di Crotona - *obiettivi di mandato generali e specifici di cui al D.L. 150/2020, nonché gli obiettivi per i servizi di medicina veterinaria aree a, b e c e SIAN del Dipartimento di prevenzione* - considerati strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

OBIETTIVI DI MANDATO IN VIA GENERALE

- espletare le PROCEDURE DI APPROVVIGIONAMENTO avvalendosi degli strumenti di acquisto e di negoziazione di beni, servizi e lavori di manutenzione messi a disposizione da CONSIP nell'ambito del Programma di razionalizzazione degli acquisti della PA ovvero, previa convenzione, dalla centrale di committenza della regione Calabria o di centrali di committenza delle regioni limitrofe, per l'affidamento di appalti di lavori, servizi e forniture, strumentali all'esercizio delle proprie funzioni, di importo pari o superiore alle soglie di rilevanza comunitaria di cui all'articolo 35 del D.Lgs. n. 50/2016 (art. 3, comma 1 D.L. 150/2020);
- Adottare, nei termini prescritti, tutte le misure correttive idonee a rimuovere le criticità eventualmente evidenziate dalla Sezione Regionale di Controllo della Corte dei Conti.

OBIETTIVI DI MANDATO IN VIA SPECIFICA

OBJ N. 1 "AREA razionalizzazione nella gestione del personale e contenzioso":

- **1.1.** Trasmissione - entro il giorno 5 di ogni mese - dei prospetti di rilevazione sul personale dipendente, allegati alla circolare *prot. 365470 del 09/11/2020*;
- **1.2.** Trasmissione delle tabelle B per la rilevazione trimestrale della consistenza organica e spesa complessiva per il personale, debitamente sottoscritte e redatte secondo le indicazioni di cui alla "Nota di compilazione" allegata al parere dei Ministeri dell'Economia e della Salute n. 114-P del 27/05/2010, entro il decimo giorno successivo alla fine del trimestre;
- **1.3.** Approvazione entro il 1 marzo del Piano annuale della Formazione;
- **1.4.** Adozione - entro i termini fissati da Giudice - dei provvedimenti di esecuzione delle sentenze emesse dagli Organi di Giustizia Amministrativa ad esito di giudizi di ottemperanza.
- **1.5.** Implementazione Piattaforma informatica di monitoraggio del contenzioso aziendale.

OBJ N. 2 "AREA PREVENZIONE":

- **2.2.** Attuazione dei programmi, processi e azioni fissati nel Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 nel rispetto della tempistica di rendicontazione degli indicatori di processo e di risultato.



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

OBJ N. 3 "AREA RETE OSPEDALIERA":

3.1. Adozione entro tre mesi degli atti propedeutici all'adeguamento delle strutture pubbliche del SSR ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi:

- ricognizione di tutti i beni immobili (di proprietà o nella disponibilità dell'azienda a qualsiasi titolo) con destinazione sanitaria;
- ricognizione per ciascuna struttura di cui al punto precedente degli atti relativi all'esercizio dell'attività (autorizzazioni, idoneità, possesso di requisiti, ecc.);
- ricognizione e /o aggiornamento della ricognizione esistente delle tecnologie in dotazione per ciascuna delle strutture di cui al punto precedente;

OBJ N. 4 "INTERVENTI IN MATERIA DI EDILIZIA SANITARIA":

- **4.1.** Rispetto dei tempi indicati dal Commissario ad Acta e della Regione Calabria (Direzione Generale e/o Settore competente) per la trasmissione delle informazioni necessarie per i monitoraggi e per la predisposizione di piani/programmi in materia di edilizia sanitaria ed investimenti tecnologici;
- **4.2.** Rispetto dei tempi previsti da atti convenzionali/contrattuali per l'attuazione degli interventi di competenza in materia di edilizia sanitaria ed investimenti tecnologici;
- **4.3.** Razionalizzazione del patrimonio immobiliare attraverso la redazione e l'attuazione di un piano di valorizzazione/alienazione/riattivazione di immobili inutilizzati e contestuale riduzione del ricorso a contratti per fitti passivi.
- **4.4.** Programmazione ed avvio delle procedure per la riduzione entro l'anno 2023, degli oneri aziendali per fitti passivi, rispetto a quelli sostenuti nell'anno 2019.

OBJ N. 5 "AREA GESTIONE, MONITORAGGIO E IMPLEMENTAZIONE DEI FLUSSI SANITARI":

5.1. Definizione entro tre mesi della governance dei flussi informativi e formalizzazione di un modello organizzativo aziendale che individui ruoli e responsabilità. Per ogni flusso deve essere individuato:

- l'ufficio ed il dirigente responsabile con contatti;
- Referente con contatti MAIL, numero telefonico, Codice Fiscale e Codice utenza NSIS;
- Modalità di produzione del dato ed eventuale sistema informatico utilizzato riportando i dettagli del contratto in essere;
- Modalità di monitoraggio e controllo circa la completezza e appropriatezza del dato;
- Modalità di trasmissione del flusso informativo;
- Eventuali criticità.

5.2. Ricognizione entro tre mesi delle fonti informative interne e delle modalità di gestione dei dati che confluiscono nelle fonti utilizzate per il calcolo degli indicatori core del NGS così come individuati dal DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 e operativo a partire dal 1 gennaio 2020 (fonte utilizzata per il calcolo indicatore, ufficio, dati, modalità con la quale vengono conferiti i dati).

**OBIETTIVI STRATEGICI PER I SERVIZI DI MEDICINA VETERINARIA AREE A, B E C E
SIAN DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE
PROVINCIALI DELLA REGIONE CALABRIA (OBIETTIVI SVET-SIAN)**

| OBIETTIVI SERVIZIO VETERINARIO AREA A - SANITÀ ANIMALE | | |
|--|--|--|
| Obiettivo | Criterio 1 | Criterio 2 |
| <p>Piani di risanamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attuazione Piani di profilassi per la tubercolosi, leucosi, brucellosi nei bovini, bufalini, ovi/caprini, check list bovini per la condizionalità e check list ovi-caprini condizionalità; • DPGR n.118 del 25/11/2011; • DM 651/94-O.M. 09 agosto 2012; • D.M. 592/95, OM 09 agosto 2012 e DCA 118/2011; | <ul style="list-style-type: none"> • Controllo del 100% della popolazione animale, esistente sul territorio di competenza; • Controllo per brucellosi della popolazione bovina e bufalina soggetta al programma, con due controlli sierologici annuali ad un intervallo non inferiore ai tre mesi e non superiore ai sei mesi. Tutti gli allevamenti ovi-caprini presenti sul territorio regionale, di età superiore ai sei mesi debbono essere sottoposti annualmente ad un controllo sierologico. • Tutti i capi bovini e bufalini degli allevamenti presenti sul territorio regionale, di età superiore ai 42 gg devono essere sottoposti durante l'anno ad una prova diagnostica; • Puntuale applicazione del DPGR n.118 del 25/11/2011 e ulteriori norme nazionali e comunitarie; • Puntuale applicazione del DM 651/94-O.M. 09 agosto 2012 • D.M. 592/95, OM 09 agosto 2012 e DCA 118/2011; • Utilizzo esclusivamente dei sistemi informativi BDN e SANAN per la gestione dei piani; • Validazione corretta e completa sul | <ul style="list-style-type: none"> • inserimento corretto e completo, entro le date previste e comunicate ogni anno, dalle rendicontazioni semestrali e annuali. • Inserimento dei dati utilizzando i sistemi informativi sulla piattaforma VETINFO per la gestione di tutta l'attività (BDN, SANAN, S1MAN, Anagrafe apistica ect) |

| | | |
|--|---|---|
| | sistema di rendicontazioni entro la data prevista delle disposizioni vigenti; | |
| Stalle di sosta; O.M. 28 maggio 2015 art. 6, comma 7 | Controlli trimestrali nelle stalle di sosta presenti sul territorio regionale. | Inserimento corretto e completo dei dati nel sistema informatico veterinario |
| Anagrafe bovina <ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento continuo della banca dati e del Sistema SANAN per la gestione dei piani di risanamento. Implementazioni delle attività di verifica sulla identificazione, movimentazione, con particolare attenzione agli spostamenti di bestiame. | <ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento entro il tempo previsto dalle disposizioni normative della soglia prevista circa i controlli minimi nelle aziende di competenza! e dei capi controllati. | <ul style="list-style-type: none"> • Adeguato criterio di rischio adottato nella programmazione per la scelta degli allevamenti da sottoporre ai controlli; • Corretta rendicontazione entro il 31 gennaio dell'anno successivo |
| Anagrafe ovi/caprini <ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento continuo della banca dati e del Sistema SANAN per la gestione dei piani di risanamento. Implementazioni delle attività di verifica sulla identificazione, movimentazione, con particolare attenzione agli spostamenti del Bestiame. | <ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento entro il tempo previsto dalle disposizioni normative e alla soglia prevista circa i controlli minimi nelle aziende di competenza e dei capi controllati. | <ul style="list-style-type: none"> • Adeguato criterio di rischio adottato nella programmazione per la scelta degli allevamenti da sottoporre ai controlli. • Corretta rendicontazione entro il 31 gennaio dell'anno successivo |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Anagrafe Canina e prevenzione randagismo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attuazione di quanto previsto dalla normativa nazionale L.281/91 e regionale DCA n.67 del 6.03.2018. • Implementazione catture cani vaganti sul territorio, identificazione e sterilizzazione. Sterilizzazione delle colonie feline. • Aggiornamento puntuale della anagrafe canina. • Promozione della identificazione mediante micro-chip degli animali di proprietà. • Incentivazione della adozione. Formazione dei proprietari di cani pericolosi (patentino) • Prevenzione e repressione dell'uso di esche avvelenate. • Sterilizzazione dei cani custoditi nei canili pubblici e privati convenzionati | <ul style="list-style-type: none"> • Piano di monitoraggio sul benessere degli animali nei canili sanitari e Oasi/rifugi e gattili • N° di sterilizzazioni effettuate nei canili sanitari; • N° di sterilizzazioni nelle colonie feline; • Aggiornamento in temporale dell'anagrafe canina; • Relazione circa l'attività di informazione per incentivare l'adozione • Attività di formazione di proprietari di cani pericolosi | <ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento periodico dell'anagrafe nazionale (art.4 comma 1 lett C; art. 4 comma 2). • invio dei flussi entro il 28 febbraio di ogni anno di apposite relazioni semestrali sull'attività svolta l'anno precedente in materia di randagismo. Compilazione dei file Excel relativi ai canili sanitari e Oasi/rifugi. |
| <p>Zoonosi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di specifiche attività di controllo e monitoraggio | <ul style="list-style-type: none"> • Puntuale esecuzione dei Piani di controllo e monitoraggio; • Rispetto della tempistica prevista dai piani Nazionale e regionali • Decisione UE 761/2912 e nota Ministero della salute 254 - P del (18/01/2013); | <ul style="list-style-type: none"> • Rispetto dei volumi delle attività previste dai piani. In particolare per la ricerca delle salmonelle nelle galline ovaiole, riproduttori, ingrasso, polli da carne e nei tacchini. • Puntuale e completa rendicontazione entro i tempi previsti, non oltre il 31 gennaio anno succ.vo |
| <p>West Nile Disease</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adempimento delle disposizioni specifiche previste dai vari piani. O.M. del 13 luglio 2012. | <ul style="list-style-type: none"> • Rispetto della tempistica prevista nel Piano di Sorveglianza | <ul style="list-style-type: none"> • Rispetto del volume di attività previsto dal piano di sorveglianza per la West Nile Disease; |
| <p>BSE, Scrapie e TSE;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piani di monitoraggio finalizzati alla eradicazione della BSE,Scrapie e TSE; • Reg.CE 999/2001; • Reg. CE 603/2013; • D.M. 25/11/2015; | <ul style="list-style-type: none"> • Invio corretto e completo entro la data prevista annualmente dei dati riguardanti i focolai di Scrapie nel rispetto delle normative vigenti. • Validazione corretta e completa di tutti i controlli effettuati con relativo inserimento sul sistema di rendicontazioni "VETINFO" entro la data prevista delle disposizioni vigenti; | <ul style="list-style-type: none"> • Corrispondenza tra numero di focolai rendicontati per il cofinanziamento CE e il numero effettivo di focolai • Rendicontazione dell'attività entro il 31 gennaio dell'anno successivo |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Malattia vescicolare del suino e Malattia di Aujeszki</p> <p>Attuazione di quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale; D.Lgs 200/2010), nota Min. 0001663 del 24/01/2020; D.M. 30/08/2011;</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Applicazione nuova normativa per MVS: Un controllo sanitario annuale per gli allevamenti da riproduzione, un controllo mensile nelle stalle di sosta, un controllo annuale negli allevamenti programmati. Puntuale esecuzione dei Piani di controllo e monitoraggio correlati; • Rispetto della tempistica prevista. • Esecuzione e/o controllo del relativo piano vaccinale per la Malattia di Aujeszki • Raggiungimento entro il 31 dicembre della soglia prevista circa i controlli minimi nelle aziende di competenza. • Verifica della corretta movimentazione | <ul style="list-style-type: none"> • Rispetto dei volumi delle attività previste dai piani; • Puntuale e completa rendicontazione entro i tempi previsti, non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo |
| <p>Sorveglianza Peste Suina PSC</p> | <p>Un controllo sierologico annuale un concomitanza del controllo sierologico per la malattia vescicolare suina</p> | <p>Puntuale e completa rendicontazione nel sistema informativo SANAN.</p> |
| <p>Sorveglianza Peste Suina Africana;</p> <ul style="list-style-type: none"> • D.lvo 26.10.2010 n. 200, nota min. 9052 del 15.04.2020 DCA 133/2016, DCA 12 del 26.01.2021 | <p>Controllo sorveglianza passiva negli allevamenti domestici, così come previsti dal piano regionale</p> | <p>Puntuale e completa rendicontazione nel sistema informativo veterinario</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Piano sorveglianza Nazionale Blue Tongue in animali sentinella; • Reg. CE 1366/2007 D.lvo 225/2003 e s.m.; | <p>Rispetto dei controlli previsti dalla normativa nazionale e disposizioni regionale sugli animali sentinella</p> | <p>Puntuale e completa rendicontazione trimestrale;</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Anemia Infettiva Equina; • D.M. 2/2/2016 | <p>Prelievo sierologico annuale effettuato su tutti i soggetti di età superiore ai dodici mesi presenti nelle aziende registrate</p> | <p>Puntuale e completa rendicontazione nel Sistema Informativo SANAN.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Piano di sorveglianza Influenza Aviaria; • O.M. del 19/12/2016, • Piano Nazionale di Sorveglianza anno 2017. | <p>Controlli di biosicurezza da effettuare in tutti gli allevamenti avicoli, compresi gli allevatori rurali</p> | <p>Puntuale e completa rendicontazione annuale.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Piano sorveglianza Aethina tumida; • DPR 320/54, D.M.20.04.2004, DPGR 94 del 19.09.2014 e nota Min. 2551 del 1.2.2018. | <p>Controlli sanitari zona di protezione e di sorveglianza nei territori regionali interessati</p> | <p>Puntuale e completa rendicontazione nel sistema informativo veterinario.</p> |

| OBIETTIVI SERVIZIO VETERINARIO AREA B - IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE | | |
|--|---|--|
| Obiettivo | Criterio 1 | Criterio 2 |
| Anagrafica: implementazione della anagrafica stabilimenti | implementazione della anagrafica stabilimenti riconosciuti, registrati in SINVSA. | Volume di attività 100% |
| Impianti di macellazione carni rosse e bianche. (Strutture Riconosciute) | Controlli sulla macellazione degli animali e sulla selvaggina destinata al consumo umano. Reg. CE 1099/2009 e Reg. UE 625/2017- Reg. UE 627/2019. Categorizzazione del rischio | Mantenimento condizioni igieniche, sicurezza alimentare e benessere animale Volume di attività 100% |
| Impianti di lavorazione e trasformazione prodotti e preparazione a base di carne (Strutture Riconosciute) | Controlli sulla lavorazione e trasformazione prodotti e preparazione a base di carne secondo categorizzazione rischio | Verifica del mantenimento dei requisiti normativi negli impianti Volume di attività 100% |
| Impianti di controllo dei prodotti della Pesca | Controllo sulla commercializzazione, trasformazione e preparazione prodotti della pesca | Verifica mantenimento dei requisiti normativi negli impianti. |
| Controllo filiera produttiva dei molluschi bivalvi vivi, a partire dalla produzione post primaria | Controllo sulla commercializzazione, secondo categorizzazione del rischio | Verifica mantenimento dei requisiti normativi negli impianti. |
| Controllo veterinario degli impianti di lavorazioni ovo prodotti | Controllo degli Impianti in base alla categorizzazione del Rischio | Verifica mantenimento dei requisiti normativi negli impianti |
| Controllo attività settore alimenti di origine animale | Macellerie, Pescherie, ristorazione e mense collettive ect. ,secondo frequenza stabilita dalla categorizzazione del rischio | Verifica mantenimento dei requisiti normativi. Controllo secondo frequenza stabilita dalla categorizzazione. II 33 % su base annuale con copertura del 100% su base triennale |
| Rilascio Certificazione ai fine dell'Esportazione verso Paesi Terzi | Controlli sulle partite degli alimenti di o.a. destinati verso paesi terzi | Verifica dei requisiti dell'impianto e dell'alimento da essere esportato verso i Paesi Terzi. Volume attività 100% |

| | | |
|---|---|--|
| Imprese alimentari registrate (escluso filiera latte e derivati) Reg. UE 625/17 e Reg. UE 627/19 | Attività di CU sulle imprese secondo frequenza stabilita dalla categorizzazione del rischio | Verifica del mantenimento dei requisiti normativi negli impianti. Il 33 % su base annuale con copertura del 100% su base triennale |
| Sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti. RASFF Reg. 178/2002 CE | Gestione corretta degli stati di allerta alimenti di origine animale destinati al consumo umano e gestione emergenze | Rispetto della tempistica per le allerte in uscita che in entrata. Reg. 178/2002 CE Erogata senza criteri minimi stabiliti Volume attività 100% |
| Vigilanza e Controllo degli alimenti e delle bevande e relativo report Attuazione D.P.R. 14 luglio 1995 e DM 08.10.1998, Piano regionale integrato dei controlli in Sicurezza Alimentare, DPGR 62/2031; DCA 106/2014 | Rispetto delle frequenze dei controlli. Effettuazione delle verifiche dell'efficacia dei controlli. | Invio dei modello A - Dati ispettivi - debitamente compilato, entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento Volume di attività minima > 95% |
| Altri specifici Piani Regionali Esecuzione attività prevista | Rispetto delle frequenze dei controlli. Effettuazione delle verifiche dell'efficacia dei controlli. | Invio completo e corretto entro la data prevista Volume di Attività minima >=80 % |
| Campionamento ai fini analitici di alimenti di cui al D.P..R. 14/7/95 e DM 23.12.1992 Esecuzione Piano di campionamento secondo quanto previsto dal DPGR 124/2013 | Rispetto frequenza dei controlli e esecuzione dei campioni previsti dal Piano regionale, | Invio delle schede di rendicontazione, debitamente compilate ,entro il 31 gennaio di ogni anno. Volume minimo di attività £ 95% |
| Sorveglianza e Controllo sulle macellazioni domiciliari e Cinghiali abbattuti DCA-CA n. 105/2014- DCA 91/2015 e DCA n. 138 del 29.10.2020 | Esame trichinoscopico sui Suini e Cinghiali abbattuti durante la stagione venatoria e piani di selezione e sorveglianza necessaria alla prevenzione della introduzione della Peste Suina Africana sul territorio regionale. Rispetto della frequenza dei controlli. | Invio entro le date previste degli Allegati A e B previsti nel regolamento e relativa relazione. Volume di Attività 100% |
| Finanziamento dei Controlli Ufficiali. D Lgs 194/2008 e nota 62156 del 26.2.2015 Modalità di finanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del Regolamento UE 625/2017. Rendicontazione somme riscosse nell'anno | Invio delle Tabelle di rendicontazione, debitamente compilate, entro FEBBRAIO di ogni anno .Invio atto di liquidazione agli enti destinatari dei proventi entro la medesima data. | Volume di attività 100% |
| Relazione annuale(Reg. UE 625/2017 e della Decisione 2008/654/CE) entro il 10 Febbraio | Relazione annuale redatta dalle AA.SS. PP. sulle attività programmate e svolte con indicazione delle criticità riscontrate. | Volume di attività 100%. |

| OBIETTIVI SERVIZIO VETERINARIO AREA C – | | |
|---|---|---|
| SERVIZIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE | | |
| Obiettivo | Criterio 1 | Criterio 2 |
| Piano regionale alimentazione animale triennio 2021-2022-2023 D.C.A.n.13 del 29.01.2021 Puntuale e completa esecuzione dei controlli previsti dal Piano Regionale. | Invio corretto e completo dei dati da parte delle AA.SS. PP. al Settore n.12 secondo gli allegati del PNAA per il successivo inoltro all'ufficio competente della DGSAF entro i tempi previsti. Invio contestuale della relazione annuale sulle attività ispettive effettuate. | Volume di attività minima dei programmi di campionamento in monitoraggio previsti dal PRAA pari a $\geq 90\%$ per ogni capitolo mentre il 100% dei campioni in sorveglianza previsti per ogni capitolo. |
| Piano regionale residui anno 2021 D.C.A.n.14 del 29.01.2021 Piano Regionale istologico 2021 Puntuale e completa esecuzione dei controlli previsti dai Piani Regionali | Invio corretto e completo dei dati da parte delle AA.SS.PP. al Settore n.12 secondo gli allegati del PNR per il successivo inoltro all'ufficio competente della DGSAF entro i tempi previsti. | Percentuale $\geq 90\%$ dei questionari sulle attività conseguenti a non conformità inserite in NSIS/PNR rispetto al totale delle non conformità riscontrate. Esecuzione del 100 % dei campioni programmati. |
| Farmacovigilanza: Pianificazione e programmazione dei controlli Rispetto della tempistica della rendicontazione (entro il 28 febbraio) | Invio corretto e completo dati da parte delle AA.SS Settore n.12 secondo il farmacovigilanza regionale per il successivo inoltro all'ufficio competente della DGSAF entro i tempi previsti | Esecuzione dei c.u. in relazione alle informative contenute in Vetinfo (farmacovigilanza). (art 68 c.3 e art 71 c.3 del D.lvo 6 aprile 2006, n.193 e succ. mod.) |
| Benessere Trasporto – controlli riguardanti la protezione degli animali durante il trasporto (Reg. 1/2005 CE) Invio corretto e completo dei dati al Settore n.12 del Dip. Tutela Salute entro la data prevista (28 febbraio) | c.u. sui trasporti Regionali e Nazionali di animali vivi nonché eventuali c.u. su disposizioni UVAC per i trasporti comunitari di animali vivi | controllo del $\geq 98\%$ entro tre anni di tutti i trasportatori operanti in Regione; |
| Benessere animale e Condizionalità | Estrazione degli allevamenti da controllare secondo le % indicate dal Ministero della Salute e stampa delle relative check list dei c.u. generate dal SINVSA | inserimento in piattaforma SINVSA delle risultanze degli esiti con allegate le check list di campo in copia file scannerizzata di B.A. per gli esiti sfavorevoli mentre di quelle in Condizionalità inserite tutte in file delle check list di campo. |
| Controllo ufficiale sulle produzioni di origine animale: Intera filiera lattiero casearia Altre produzioni aziendali (es. | Implementazione anagrafica imprese nel SINVSA. Puntuale stesura del quadro di valutazione del rischio delle imprese soggette a controllo ufficiale. | Rispetto della tempistica delle ispezioni e controlli ufficiali calendarizzati in base al rischio; Traces e cu su movimentazione |

| | | |
|---|---|--|
| <p>miele e uova, sottoprodotti or.an.) Attuazione Reg. 625/2017 UE, Reg. 627/2019 UE e P.R.I.S.A.</p> | | <p>partite alimenti di origine animale a base di latte in transito da e per il territorio regionale. Rispetto delle % dei cu. previste dal Prisa</p> |
| <p>Audit su Stabilimenti - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione di latte, mangimi ,uova, sottoprodotti di or.an. Attuazione Reg. 625/2017 UE, Reg. 627/2019 UE e P.R.I.S.A.</p> | <p>Implementazione della anagrafe imprese nel SINVSA. Puntuale stesura del quadro di valutazione del rischio delle imprese soggette a controllo ufficiale.</p> | <p>Invio entro la data prevista (31 marzo) dell'all. 3 alla nota n. DGSAN 3/6238/P del 31 maggio 2007.</p> <p>Stesura del piano di audit interno entro il 31 gennaio e ottemperanza della tempistica. Rispetto della programmazione pari a s l'80% degli audit programmati</p> |
| <p>BSE - SCRAPIE Reg. 999/2001 allegato III sorveglianza TSE</p> | <p>Invio della rendicontazione corretta attraverso il sistema SANAN RENDICONTAZIONI entro la data prevista dalle disposizioni vigenti, al Ministero della salute, relativa agli animali testati nell'anno</p> | <p>Controlli per BSE dei bovini/bufalini morti in azienda di età superiore ai 48 mesi. Controlli per Scrapie degli ovini e caprini morti in azienda di età superiore a 18 mesi.</p> |
| <p>Sorveglianza passiva sui cinghiali morti D.lvo 26.10.2010 n. 200, nota min. 9052 del 15.04.2020, DCA 133/2016, DCA n. 138 del 29.10.2020, DCA 12 del 26.01.2021</p> | <p>Controlli previsti nel piano per i cinghiali rinvenuti morti (prevenzione P.S.A.) Rispetto della tempistica prevista nel Piano di Sorveglianza con generazione scheda da SINVSA</p> | <p>Puntuale e completa rendicontazione nel sistema informativo veterinario.</p> |
| <p>Sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti. RASFF Reg. 178/2002 CE</p> | <p>Gestione corretta degli stati di allerta alimenti di origine animale destinati al consumo umano e gestione emergenze</p> | <p>Rispetto della tempistica per le allerte in uscita che in entrata Reg. 178/2002 CE</p> <p>Erogata senza criteri minimi stabiliti</p> <p>Volume attività 100%</p> |
| <p>Altri specifici piani regionali inseriti nel PRISA</p> | <p>Invio della rendicontazione entro il 28 febbraio</p> | <p>Volume di attività minima dei piani >= 80%</p> |
| <p>SCIA alimentare delle Imprese registrate: (allevamenti zootecnici, laboratori, stabilimenti, centri di imballaggio uova, ect)</p> | <p>Aggiornamento della anagrafiche imprese in SINVSA - categorizzazione rischio</p> | <p>Anagrafica aggiornata per valori >= 90%;</p> <p>verifica implementazione della anagrafica imprese delle AASSPP</p> |
| <p>Campionature di alimenti di O.A. della filiera lattiero casearia in fase di commercializzazione e somministrazione (Piano di campionamento): PRISA</p> | <p>Invio rendicontazione enti 28 febbraio di ogni anno</p> | <p>Campionamenti in relazione categorizzazione del rischio delle AASSPP;</p> <p>Volume di attività minima dei piani > 90%</p> |

| | | |
|--|--|--|
| RIPRODUZIONE ANIMALE | applicazione puntuale e omogenea delle misure di controllo al fine di garantire la conformità alla normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di riproduzione animale | c.u. 33 % su base annuale con copertura del 100% su base triennale |
| Finanziamento dei Controlli Ufficiali. D Lgs 194/2008 e nota 62156 del 26.2.2015 Modalità di finanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del Regolamento UE 625/2017. | Invio delle Tabelle di rendicontazione, debitamente compilate, entro FEBBRAIO di ogni anno .Invio atto di liquidazione agli enti destinatari dei proventi entro la medesima data. | Volume di attività 100% |
| Relazione annuale, (Reg. UE 625/2017 e della Decisione 2008/654/CE), entro il 10 Febbraio | Relazione annuale redatta AA.SS.PP. sulle attività programmate e svolte con indicazione delle criticità riscontrate. | Volume di attività 100%. |

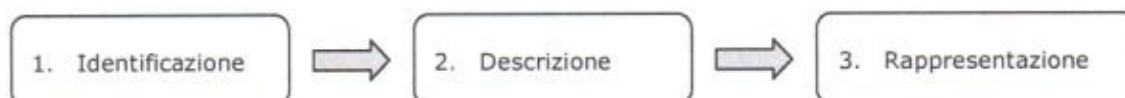
OBIETTIVI SIAN - SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE

| Obiettivo | Criterio 1 | Criterio 2 |
|--|--|---|
| Controllo Ufficiale sulla produzione di vegetali, bevande ed altri alimenti di cui al DM 18/10/1998 e relativo report | Attuazione Regolamento UE 625/2017, Regolamento CE 852/04. Piano Regionale Integrato dei Controlli in Sicurezza Alimentare (indirizzi operativi e DGR 752/2010 e s.m.i.) DPGR 62/2013; DCA 106/2014 c.u. su ristorazione, mense ect. Secondo frequenza stabilita dalla categorizzazione del rischio Sarà cura del Settore n. 12 predisporre nuove integrazioni al DCA 106/2014 | Rispetto della frequenza dei controlli in base alla categorizzazione del rischio. Invio del modello B e delle schede di rendicontazione controlli, debitamente compilati, entro il 31 gennaio dell'anno successivo al controllo |
| Audit su Stabilimenti ai sensi UE 625/2017 Controlli su esercizi della commercializzazione e somministrazione alimenti e bevande | Stesura del programma di audit e rispetto della tempistica. Programmazione attività multidisciplinare. Stesura del programma dei controlli. | Esecuzione del numero minimo di audit previsto dalla DGR 752/2010. Esecuzione del numero di controlli sul totale dei registrati - articoli 5 e 6 del DPR14/07/95 (attività minima) |
| Sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti RASFF Reg. 178/2002 CE | Gestione corretta degli stati di allerta alimenti di origine animale destinati al consumo umano e gestione emergenze | Rispetto della tempistica per le allerte in uscita che in entrata Reg. 178/2002 CE Erogata senza criteri minimi stabiliti Volume attività 100% |

| | | |
|--|---|---|
| Altri specifici Piani Nazionali e Regionali | Invio completo e corretto dei report entro la data prevista | Volume di attività totale. |
| Anagrafica degli Stabilimenti | Aggiornamento puntuale della anagrafica degli Stabilimenti registrati/riconosciuti e soggetti al CU. (includere le registrazioni d'ufficio) | Anagrafe aggiornata di tutti gli stabilimenti. |
| Campionamento ai fini analitici di alimenti di cui al DPR 14/07/1995, DM 23/12/1992, Piano Nazionale OGM, PRIC, Fitosanitari Adempimenti di cui alla Legge 123/2005 (Celiachia) | Invio del modello B e delle schede di rendicontazione, debitamente compilati, entro il 31 gennaio di ogni anno. Report semestrale per Piano OGM | Volume di attività come previsti dai piani nazionali e regionali. |
| Adempimenti previsti dal D. Lgs 31/01. Controlli esterni acque destinate al consumo umano e verifica dei Controlli Interni | Censimento annuale mense. Effettuazione Corsi per ristoratori/albergatori ecc. Stesura del programma dei controlli e rispetto della tempistica. Invio delle schede di rendicontazione, semestrale Censimento annuale delle forniture idriche e punti di prelievo. Comunicazioni e relazioni immediate sulle non conformità rilevate. Riepiloghi controlli secondo il format Ministeriale | Invio delle tabelle di rendicontazione, debitamente compilate, entro il 31 gennaio di ogni anno. Volume di attività prevista dal D.Lgs. 31/01 e s.i. |
| Finanziamento dei Controlli Ufficiali. D Lgs 194/2008 e nota 62156 del 26.2.2015 Modalità di finanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del Regolamento UE 625/2017 | Invio delle Tabelle di rendicontazione, debitamente compilate, entro FEBBRAIO di ogni anno .Invio atto di liquidazione agli enti destinatari dei proventi entro la medesima data. | Volume di attività 100% |
| Relazione annuale, (Reg. UE 625/2017 e della Decisione 2008/654/CE), entro il IO Febbraio | Relazione annuale redatta dalle AA.SS. PP. sulle attività programmate e svolte con indicazione delle criticità riscontrate. | Volume di attività 100% |

6.5 La mappatura dei processi

La mappatura dei processi si articola nelle fasi riportate nella figura seguente:



Dal punto di vista prettamente operativo si è proceduto per *step* attraverso:

- ✓ elencazione e descrizione delle procedure amministrativo-contabili e delle strutture responsabili;
- ✓ elencazione e descrizione delle aree di rischio/macroprocessi;
- ✓ elencazione e descrizione relativi a ciascun macro-processo;
- ✓ individuazione delle responsabilità e delle strutture organizzative che intervengono in ciascun macroprocesso/processo;

6.6 Le procedure amministrativo-contabili

Con *DCA n.ro 33 del 08 marzo 2016* il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR Regione Calabria, nell'ambito dell'adempimento LEA AT) "Percorso attuativo per la certificabilità dei bilanci delle aziende del SSR", ha approvato le Procedure Amministrativo Contabili (P.A.C.) di seguito elencate, recepite dall'ASP di Crotone con *delibera n. 118 del 22/03/2016*.

| PROCEDURE AMMINISTRATIVO CONTABILI (P.A.C.) DI CUI AL DCA 33/2016 | | |
|---|----------------------------------|--|
| N. | PROCEDURA | STRUTTURA/E RESPONSABILE/I |
| 1) | GESTIONE DEL CICLO ATTIVO | <ul style="list-style-type: none"> - UFFICIO GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIE; - CUP; - UFFICIO GESTIONE RISORSE UMANE; |
| 2) | GESTIONE DEL PERSONALE | <ul style="list-style-type: none"> - UFFICIO GESTIONE RISORSE UMANE; - UFFICIO AFFARI GENERALI E LEGALI; - UFFICIO GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIE; - CONTROLLO DI GESTIONE; |
| 3) | GESTIONE DEL MAGAZZINO | <ul style="list-style-type: none"> - UFFICIO ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI; - FARMACIA OSPEDALIERA; - SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE - UFFICIO GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIE; |
| 4) | GESTIONE DEL PATRIMONIO | <ul style="list-style-type: none"> - UFFICIO ATTIVITA' TECNICHE E PATRIMONIO; - UFFICIO GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIE; - UFFICIO TECNICO; - DIREZIONE GENERALE; |

| | | |
|----|---|---|
| 5) | GESTIONE DEGLI INVENTARI | <ul style="list-style-type: none"> - UFFICIO ATTIVITA' TECNICHE E PATRIMONIO; - UFFICIO ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI; - UFFICIO GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIE; - FARMACIA OSPEDALIERA; - SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE; |
| 6) | GESTIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA E PARTITE INFRA GRUPPO | <ul style="list-style-type: none"> - UFFICIO GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIE; |
| 7) | GESTIONE DEL CONTENZIOSO | <ul style="list-style-type: none"> - UFFICIO AFFARI GENERALI E LEGALI; - DIREZIONE GENERALE; - DIREZIONE AMMINISTRATIVA; |
| 8) | GESTIONE DELLE RILEVAZIONI NUMERARIE | <ul style="list-style-type: none"> - UFFICIO GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIE; |
| 9) | GESTIONE DELLE CHIUSURE CONTABILI | <ul style="list-style-type: none"> - UFFICIO GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIE; |

Dall'analisi del contesto eseguita dal RPCT al fine di verificare l'effettiva implementazione in azienda delle procedure amministrativo contabili sopra elencate, emergono notevoli ritardi da attribuirsi principalmente alla **mancata/incompleta digitalizzazione dei processi interni** a questa amministrazione.

Da una parte la gestione dei **processi clinici in ambito ospedaliero** è demandata ad una serie di software proprietari NON integrati tra di loro e che impediscono l'implementazione della **cartella clinica elettronica**, dall'altra il **sistema informativo per la gestione dell'attività specialistica ambulatoriale** è storicamente caratterizzato dalle seguenti criticità relative:

- al mancato completamento dell'integrazione WebCUP - RIS "Polaris" - Anagrafica Unica Centralizzata "LogoS";
- alla mancata integrazione di tutti i gestionali in uso alle varie strutture aziendali eroganti prestazioni di specialistica ambulatoriale (anatomia patologica, gastroenterologia, nefrologia e dialisi, diabetologia etc. etc.) con l'anagrafica unica centralizzata aziendale;
- al mancato completamento del Progetto "Agenda di Reparto e dematerializzazione della prescrizione medica".

Il superamento delle criticità sopra individuate è il presupposto indispensabile per risolvere le ben note problematiche derivanti dalla **NON corrispondenza** tra le prestazioni di specialistica



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

ambulatoriale PRENOTATE e GESTITE tramite la piattaforma WebCUP e quelle EFFETTIVAMENTE EROGATE da ciascuna *Unità Specialistica*, e poi RENDICONTATE, a consuntivo, tramite strumenti SW di base (es. MS office Excel), che **NON generano flussi informativi** (e quindi, in ultima analisi, ricavi per l'Azienda).

La gestione dei ***processi amministrativo-contabili*** è demandata, invece, al *Sistema Informativo Regionale e delle Aziende Sanitarie della Calabria "SEC-SISR"*.

In merito a detto Sistema si evidenzia quanto segue:

- esso risulta formalmente consegnato e accettato in data 15/06/2018, secondo quanto previsto dal contratto con Repertorio n.ro 865 del 07/07/2014, giusta relazione finale di collaudo concluso con esito positivo;
- il contratto suddetto per la realizzazione del progetto SEC-SISR, che prevedeva la messa in funzione del Sistema Centralizzato presso la Regione Calabria e l'avvio presso le singole Aziende del Sistema Sanitario Regionale (ASP e AO), si è concluso il 31/12/2018.
- in seguito, la Regione Calabria al fine di garantire la prosecuzione di tutti i servizi già realizzati tramite il progetto SEC-SISR al DTS e alle Aziende del SSR e di consentire la realizzazione delle nuove funzionalità legate ad alcuni processi gestiti nell'ambito del SSR ha acquisito i servizi per il nuovo progetto denominato "**SEC-SISR-Ap**", tramite adesione al contratto quadro **CONSIP SGI - Lotto 5**, di cui alla gara "**Gara Sistemi Gestionali Integrati**";
- con **decreto n. 9975 del 14/09/2018** la Regione ha provveduto alla adesione al su citato contratto quadro e alla approvazione del progetto esecutivo;
- successivamente è stato stipulato il **contratto esecutivo rep. n. 32 del 18/10/2018** (CIG Derivato 7595105EE8, CUP J51F18000380007) tra Regione Calabria e l'aggiudicatario RTI costituito da: Enterprise Services Italia Srl - KPMG Advisory Spa - Exprivia Spa - Dedagroup PUBLIC SERVICES S.R.L. - DEDAGROUP S.P.A - DATA MANAGEMENT PA S.P.A. - SIAV S.P.A., con mandataria Enterprise Services Italia Srl;
- il progetto esecutivo di cui al sopra citato *contratto rep. n. 32 del 18/10/2018* prevede che i servizi in esso inclusi vengano erogati dalla mandataria Enterprise Services Italia S.r.l. e dalla mandante Exprivia Spa;
- i servizi del progetto SISR-Ap sono stati avviati a decorrere dal **02/01/2019** con monitoraggio degli stati di avanzamento (SAL) con cadenza bimestrale come indicato dal contratto;



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Le 9 (nove) procedure amministrativo contabili di cui al DCA n.ro 33 del 08/03/2016, fanno riferimento ai seguenti macro-componenti/componenti del SEC-SISR:

SISTEMA SEC-DIR - SISTEMA DIREZIONALE:

- componente Controllo Strategico;
- componente Cruscotto Direzionale;
- componente Data Warehouse;
- componente Gestione Flussi;

SISTEMA SEC-SIAC - SISTEMA INTEGRATO AMMINISTRATIVO-CONTABILE:

Il macro-componente Gestione Acquisti e Magazzino - ACQ

- componente Anagrafica Fornitori;
- componente Gestione Approvvigionamenti;
- componente Magazzino;
- componente Gestione Contratti;
- componente Gestione Manutenzioni;

Il macro-componente Gestione documentale - DOC:

- componente Contenzioso;
- componenti Repository documentale, Archiviazione sostitutiva e Protocollo Informatico;
- componente Gestione Atti e Documenti;

Il macro-componente Sistema Contabile Integrato - SIC:

- componente Contabilità Economico-Patrimoniale;
- componente Gestione Patrimonio e inventari;
- componente Cassa e Tesoreria;
- componente Mandato di Pagamento Elettronico;
- componente Fatturazione;
- componente Controllo di Gestione e Contabilità analitica;
- componente Contratti attivi;

Il macro-componente Gestione Risorse Umane - HR:

- componente Anagrafica Personale;
- componente Gestione Giuridica;
- componente Gestione Economica e Previdenziale;
- componente Fascicolo del personale;



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

- componente Gestione presenze e turni;
- componente Gestione dotazione e pianta organica;
- componente Gestione Missioni;
- componente Gestione Concorsi e Graduatorie;
- componente Gestione Formazione;
- componente Gestione Sistema Premiante;
- componente Gestione Pensioni.

Benché, come detto, la fase di implementazione del SEC-SISR presso le singole Aziende del Sistema Sanitario Regionale risulta essere conclusa in data 31/12/2018, molti dei componenti sopra elencati risultano non utilizzati, o non correttamente utilizzati dagli uffici preposti. Sono ben note e certificate le patologie che affliggono la gestione del sistema SEC-SISR da parte degli uffici competenti (*gestione del personale, gestione del magazzino, gestione del patrimonio, gestione degli inventari, gestione del contenzioso etc. etc.*) e le **criticità in fase di imputazione dei centri di costo ed elaborazione dei dati economici dell'Azienda**.

Sono a tutt'oggi in corso le attività di riparametrizzazione del componente "Controllo di Gestione e Contabilità analitica" ai fini della corretta rilevazione dei costi del personale per centro di responsabilità e di costo. I servizi rientranti nell'ambito del nuovo progetto regionale denominato "SEC-SISR-Ap", tramite adesione al contratto quadro **CONSIP SGI - Lotto 5** di cui alla gara "**Gara Sistemi Gestionali Integrati**" sono ad esclusivo appannaggio di pochissimi uffici, che non condividono i dati e le informazioni di cui dispongono.

Ciò ostacola la **realizzazione di un'amministrazione digitale e aperta**, che eroghi servizi facilmente utilizzabili e di qualità, così come previsto dalla normativa vigente in materia di trasformazione digitale della pubblica amministrazione, che mira alla

I pochi operatori che hanno sviluppato una discreta padronanza nell'utilizzo del componente SEC-SISR di competenza, in **assenza di linee guida e regolamentazione**, sono costretti ad improvvisare, spesso generando errori e anomalie con ricadute sull'intero sistema integrato.

A proposito di **REGOLAMENTI** si evidenzia quanto segue:

- gran parte delle procedure amministrativo contabili di cui al *DCA n.ro 33 del 08/03/2016*, non risultano regolamentate in azienda;
- il "**Regolamento per i lavori, le forniture e i servizi in economia di competenza dell'Ufficio Attività Tecniche e Patrimonio**", approvato con *delibera n.ro 343 del*

27/06/2012 e modificato con *delibera n.ro 149 del 20/03/2013*, NON applica la procedure amministrativo contabili di riferimento (*gestione del magazzino, gestione del patrimonio*) e NON risulta aggiornato con le nuove transazioni informatiche recentemente implementate sul SEC-SISR;

- il "**Regolamento per l'acquisizione in economia di beni e servizi**" adottato con *delibera n. 639 del 07/11/2012* e modificato con *delibera n.ro 77 del 06/02/2013* NON applica la procedure amministrativo contabili di riferimento (*gestione del magazzino*) e NON risulta aggiornato con le nuove transazioni informatiche recentemente implementate sul SEC-SISR;
- il "**Regolamento aziendale di contabilità generale**" adottato con *delibera n. 554 del 16/10/2012* è stato revocato con *delibera n.ro 338 del 07/07/2014*;
- il "**Regolamento inventario per la gestione dei beni mobili dell'ASP di Crotone**" adottato con *delibera n. 27 del 19/06/2017* NON applica in toto la procedura amministrativo contabile di riferimento (*gestione degli inventari*) e NON risulta aggiornato con le nuove transazioni informatiche recentemente implementate sul SEC-SISR.

6.7 La rappresentazione dei processi

In questa fase l'obiettivo è quello di definire l'elenco dei processi che dovranno essere oggetto di analisi e approfondimento nelle fasi successive. L'elenco è aggregato nelle cosiddette "**aree di rischio**", intese come raggruppamenti omogenei di processi. Le aree di rischio vengono distinte in **generali** (comuni a tutte le amministrazioni) e **specifiche** (peculiari delle attività svolte dalle Aziende del SSN) così come riportate nella tabella seguente:

| AREE DI RISCHIO GENERALI | |
|---|---|
| Area di rischio | Riferimento |
| a) Acquisizione e gestione del personale | <i>Aree di rischio generali - Legge 190/2012 - PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA punto b, Par. 6.3, nota 10</i> |
| b) Contratti Pubblici (affidamento di lavori, servizi e forniture) | <i>Aree di rischio generali - Legge 190/2012 - PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA, con particolare riferimento al paragrafo 4. Fasi delle procedure di approvvigionamento</i> |
| c) Affari generali, legali e contenzioso | <i>Aree di rischio generali - Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)</i> |
| d) Incarichi e nomine | <i>Aree di rischio generali - Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)</i> |
| e) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | <i>Aree di rischio generali - Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)</i> |
| f) Controlli, verifiche, ispezioni, sanzioni e gestione assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro | <i>Aree di rischio generali - Aggiornamento 2015 al PNA Parte generale Par. 6.3 lettera b)</i> |



| AREE DI RISCHIO SPECIFICHE AZIENDE SSN | |
|---|---|
| Area di rischio | Riferimento |
| g) Attività libero professionale | Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016 |
| h) Rapporti con soggetti erogatori | Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016 |
| i) Liste d'attesa, gestione C.U.P. e rilascio cartella clinica/ referto pronto soccorso | Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016 |
| j) Farmaceutica, protesica, dispositivi e altre tecnologie | Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016 |
| k) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero. | Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016 |

Per ogni area di rischio/macroprocesso vengono quindi individuati i processi, le procedure amministrativo-contabili, gli uffici e le strutture organizzative di riferimento:

| Area a rischio/macroprocesso (ufficio di riferimento) | Processo |
|--|---|
| a) ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE <ul style="list-style-type: none"> • U.O.C. Gestione Risorse Umane (G.R.U.); • U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi (A.G.L.A.); • U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie (G.R.E.F.); • U.O.C. Programmazione, Controllo di gestione e sistemi informatici (CO.GE); | 1. GESTIONE DEL PERSONALE – P.A.C. N. 2 (GRU, AGLA, GREF, CO.GE) |
| | 2. Reclutamento del personale-Procedure concorsuali (GRU) |
| | 3. Autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti (GRU) |
| | 4. Procedure finalizzate al riconoscimento del diritto alla retribuzione accessoria (GRU) |
| | 5. Gestione economica del personale e procedure elaborazione stipendi (GRU) |
| | 6. Programmazione attività istituzionali di formazione e aggiornamento (GRU) |
| | 7. Cessazione contratto di lavoro (GRU) |
| | 8. Comportamento del personale (GRU) |

| Area a rischio/macroprocesso (ufficio di riferimento) | Processo |
|--|---|
| b) CONTRATTI PUBBLICI (AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE) <ul style="list-style-type: none"> • U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica (P.E.G.L.); | 1. Programma fabbisogni di beni e servizi (PEGL e GTP) |
| | 2. Progettazione della gara e predisposizione atti di gara (PEGL e GTP) |
| | 3. Nomina RUP e DEC (PEGL e GTP) |
| | 4. Adesione agli strumenti delle Centrali di Committenza o dei soggetti aggregatori (PEGL e |



| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale (G.T.P.); • U.O.C. Distretto Sanitario Unico Aziendale (D.S.U.A.); • U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi (A.G.L.A.) | GTP) |
| | 5. Nomina Commissione Giudicatrice (scelta componenti, predisposizione provvedimento di nomina Commissione) |
| | 6. Selezione del contraente (PEGL e GTP) |
| | 7. Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto (PEGL e GTP) |
| | 8. Esecuzione del contratto (PEGL e GTP) |
| | 9. Rendicontazione del contratto (PEGL e GTP) |
| | 10. Liquidazione/emissione distinta di pagamento (PEGL e GTP) |
| | 11. Predisposizione programma triennale LL.PP. (GTP) |
| | 12. Affidamento incarichi professionali/servizi di ingegneria e architettura (GTP) |
| | 13. Conferimento incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (AGLA) |
| | 14. Autorizzazione ai subappalti (GTP) |
| | 15. Varianti in corso di esecuzione dei contratti d'appalto (GTP) |
| | 16. Contabilizzazione lavori in corso d'opera stato finale a collaudo (GTP) |

| Area a rischio/macroprocesso (ufficio di riferimento) | Processo |
|--|--|
| c) AFFARI GENERALI, LEGALI E CONTENZIOSO <i>(U.O.C. Affari Generali Legali e Assicurativi)</i> | 1. Accesso agli atti e documenti |
| | 2. gestione delle convenzioni e delle pratiche di cui alla L. 210/92 |
| | 3. stipula contratti e attività di ufficiale rogante |
| | 4. gestione delle assicurazioni e dei sinistri in via giudiziale ed extragiudiziale; |
| | 5. gestione tutela i diritti dell'Ente nei confronti dei terzi |
| | 6. GESTIONE DEL CONTENZIOSO - PAC. N. 7 (AGLA, DIRGEN, DIRAMM) |
| | 7. gestione del protocollo e della corrispondenza dell'Ente |
| | 8. gestione della privacy |

| Area a rischio/macroprocesso (ufficio di riferimento) | Processo |
|--|----------|
| d) INCARICHI E NOMINE | |

| Area a rischio/macroprocesso (ufficio di riferimento) | Processo |
|---|--|
| <p>e) GESTIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE E DEL PATRIMONIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie (G.R.E.F.); • U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale (G.T.P.); • U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica (P.E.G.L.); • U.O.C. Programmazione, Controllo di gestione e sistemi informatici (CO.GE); • U.O.C. Gestione Risorse Umane (G.R.U.); • U.O.S.D. CUP, URP e comunicazione istituzionale (CUP); • Farmacia Presidio Ospedaliero (FARM) • Servizi Farmaceutici Territoriali (SFT) | 1. Ciclo passivo: pagamenti (GREF) |
| | 2. GESTIONE DEL CICLO ATTIVO – PAC N. 1 (GREF, CUP, GRU) |
| | 3. Registrazione incassi CUP (GREF) |
| | 4. Verifica Cassa economale (GREF) |
| | 5. GESTIONE DEL PATRIMONIO – P.A.C. N. 4 (GTP, GREF, DIRGEN) |
| | 6. GESTIONE DEGLI INVENTARI – P.A.C. N. 5 (GTP, PEG, GREF, FARM, SFT) |
| | 7. Gestione cassa economale (P.E.G.L.) |
| | 8. GESTIONE DEL MAGAZZINO – PAC N. 3 (PEGL, FARM, SFT, GREF) |
| | 9. programmazione del percorso di budget e i sistemi incentivanti in collaborazione con l'area risorse umane (GTP); |
| | 10. controllo di gestione e governo dei relativi strumenti: contabilità analitica, attività di reportistica, budgeting (CO.GE) |
| | 11. elaborazione e il monitoraggio degli obiettivi aziendali e regionali e dei relativi indicatori (CO.GE) |
| | 12. gestione della rilevazione dei costi e dei fattori produttivi (CO.GE) |
| | 13. GESTIONE DELLA MOBILITA' SANITARIA E PARTITE INFRAGRUPPO – PAC. N. 6 (GREF) |
| | 14. GESTIONE DELLE RILEVAZIONI NUMERARIE – PAC N. 8 (GREF) |
| | 15. GESTIONE DELLE CHIUSURE CONTABILI – PAC N. 9 (GREF) |

| Area a rischio/macroprocesso (ufficio di riferimento) | Processo |
|---|---|
| <p>f) CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI, SANZIONI E GESTIONE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO (Dipartimento di Prevenzione)</p> | 1. gestione igiene e sanità pubblica: Integrazione Salute e Ambiente; Educazione Sanitaria e attività di screening Oncologici; Prevenzione nelle scuole, pediatria di comunità e prevenzione rivolta alle persone (vaccinazioni); tutela della salute delle attività Sportive |
| | 2. gestione igiene degli alimenti e della nutrizione; |
| | 3. gestione prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro; |
| | 4. gestione sanità animale; |
| | 5. gestione igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati; |

| | |
|--|--|
| | 6. gestione igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; |
| | 7. medicina legale |

| Area a rischio/macroprocesso (ufficio di riferimento) | Processo |
|---|--|
| g) ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE (Dipartimento Area Programmazione e Controllo) | vedi processo I) LISTE D'ATTESA E GESTIONE C.U.P. |

| Area a rischio/macroprocesso (ufficio di riferimento) | Processo |
|---|--|
| h) RAPPORTI CONTRATTUALI CON GLI EROGATORI PRIVATI | 1. Istanza di autorizzazione struttura privata ex DCA 81/2016 |
| • U.O.C. Programmazione Sanitaria, Pianificazione Strategica e Sviluppo Organizzativo (P.S.P.S.S.O.) | 2. Istanza di accreditamento |
| • U.O.C. Programmazione, Controllo di gestione e sistemi informatici (CO.GE); | 3. Determinazione del fabbisogno |
| • U.O.C. Distretto Sanitario Unico Aziendale (D.S.U.A.); | 4. Valutazione da parte della Regione |
| • Commissione per le verifiche relative all'autorizzazione sanitaria all'esercizio e vigilanza delle strutture sanitarie ASP di Crotone | 5. Piani di acquisto delle prestazioni |
| | 6. Stipula degli accordi contrattuali |
| | 7. Verifica e monitoraggio circa il mantenimento dei requisiti e il numero delle prestazioni erogate |

| Area a rischio/macroprocesso (ufficio di riferimento) | Processo |
|--|---|
| i) LISTE D'ATTESA, GESTIONE C.U.P. e RILASCIO CARTELLA CLINICA/ REFERTO PRONTO SOCCORSO | 1. Prenotazione prestazioni sanitarie (CUP) |
| | 2. Pagamento prestazioni sanitarie (CUP) |
| | 3. Accettazione diretta prestazioni sanitarie (CUP) |
| | 4. Rimborso ticket per prestazioni non effettuate (CUP) |
| | 5. Recupero ticket per importi dovuti e non pagati (CUP) |
| | 6. Storno pagamenti effettuati e annullamento pagamento per errore o volontà utente (CUP) |
| | 7. Gestione agende di prenotazione e liste d'attesa (CUP) |
| | 8. Attività ambulatoriale libero professionale intramoenia (CUP) |
| • U.O.S.D. CUP, URP e comunicazione istituzionale (CUP); | |
| • Direzione Medica di Presidio Ospedaliero (DirPO); | |

| | |
|--|---|
| | 9. Attività domiciliare libero professionale intramoenia (CUP) |
| | 10. Attività ambulatoriale libero professionale presso studi professionali esterni alle strutture aziendali (CUP) |
| | 11. Estrazione dati economici per liquidazione competenze ALPI (CUP) |
| | 12. Gestione liquidazione attività intramoenia (CUP) |
| | 13. Rilascio cartella clinica/referto pronto soccorso (DirPO) |
| | 14. Liste attesa sale operatorie (DirPO) |

| Area a rischio/macroprocesso (ufficio di riferimento) | Processo |
|--|--|
| j) FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI <ul style="list-style-type: none"> • Farmacia Ospedaliera (FARM) • Servizi Farmaceutici Territoriali (SFT) | programmazione, sviluppo, coordinamento e controllo dell'assistenza farmaceutica (farmaci e dispositivi medici) |
| | monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e buon uso dei farmaci |
| | governo dei processi dell'assistenza farmaceutica territoriale e la gestione delle attività di monitoraggio della spesa farmaceutica per farmaci e dispositivi medici di competenza; |
| | attuazione disposizioni normative in ambito territoriale sulla sperimentazione clinica; |
| | vigila sullo svolgimento del Servizio Farmaceutico da parte delle Farmacie convenzionate; |
| | erogazione dell'assistenza farmaceutica (farmaci e dispositivi) per distribuzione diretta, residenziale, semiresidenziale, domiciliare e penitenziaria; |
| | verifica l'appropriatezza nella gestione dei registri di monitoraggio e degli accordi negoziali AIFA, File F e flussi NSIS di competenza; |
| | garantisce le attività di farmacovigilanza e dispositivo vigilanza: raccolta e trasmissione alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza AIFA delle segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e trasmissione al Ministero della Salute delle segnalazioni di incidenti o mancati incidenti con dispositivi medici; |

| Area a rischio/macroprocesso (ufficio di riferimento) | Processo |
|--|--|
| k) ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO <ul style="list-style-type: none"> • Direzione Medica di Presidio Ospedaliero; Medicina Legale | attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero |

7 LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La **valutazione del rischio** è la macro-fase del **processo di gestione del rischio** in cui lo stesso è *identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi* al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio è pertanto un processo che si articola in tre fasi:

1. **Individuazione dei comportamenti o fatti** (anche ipotetici) che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo (utilizzando fonti informative es. *procedimenti disciplinari, segnalazioni, report di uffici di controllo, ecc.; interviste/incontri con il personale, workshop e focus group, benchmarking* con amministrazioni simili, ecc.);
2. **Analisi del rischio** al fine di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati (attraverso l'analisi dei cosiddetti **FATTORI ABILITANTI** della corruzione) e stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio;
3. **Ponderazione del rischio**, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, per definire:
 - a) le **azioni** da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
 - b) le **priorità** di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto

Esempi di **FATTORI ABILITANTI** del rischio corruttivo sono:

- a) **mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli)**: in fase di analisi si è verificato se gli strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi già predisposti sono stati efficacemente attuati;
- b) **mancanza di trasparenza**;
- c) **eccessiva regolamentazione**, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- d) **esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità** di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- e) **scarsa responsabilizzazione** interna;
- f) **inadeguatezza o assenza di competenze** del personale addetto ai processi;
- g) **inadeguata diffusione della cultura** della legalità;
- h) **mancata attuazione del principio di distinzione** tra politica e amministrazione.

Stima del livello di esposizione al rischio

L'analisi del livello di esposizione è avvenuta rispettando i *principi guida* richiamati nel PNA 2019 (cfr. par. 1, *Finalità*), nonché un criterio generale di "prudenza". **In tal senso, si è evitata la sottostima del rischio**, che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.

Ai fini dell'ANALISI DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO:

- a) si è scelto un **approccio valutativo** (qualitativo e quantitativo);
- b) si sono individuati i **criteri di valutazione** (key risk indicators);
- c) **si sono rilevati dati e informazioni** (rilevate da soggetti/fonti interne/esterne oppure attraverso forme di autovalutazione da parte dei dirigenti/responsabili strutture competenti);
- d) **si è formulato un giudizio sintetico**, adeguatamente motivato (valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio);

Esempi di INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO:

- a) *livello di interesse "esterno"*: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio
- b) *grado di discrezionalità del decisore interno*: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- c) *opacità del processo decisionale*: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- d) *livello di collaborazione del responsabile del processo* o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità
- e) *grado di attuazione delle misure di trattamento*: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

7.1 Esiti del monitoraggio sull'attuazione delle misure previste nel PTPC 2021-23

Il PTPC 2021-2023 dell'ASP di Crotone è stato oggetto di rendicontazione semestrale, al fine di verificare la corretta applicazione delle misure predisposte e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio di fenomeni corruttivi o di mala gestio ed attraverso l'attuazione di condizioni che ne rendano più difficile la realizzazione.

In attuazione di quanto previsto al § 9 "Soggetti, funzioni e responsabilità" del P.T.P.C.T. 2021-23 dell'ASP di Crotone, con delibera n. 754 del 22/11/2021 il Commissario Straordinario ha disposto la costituzione del gruppo operativo di supporto al RPCT per il monitoraggio delle SCHEDE di TRATTAMENTO DEL RISCHIO di cui al § 13 del P.T.P.C.T. sopra richiamato. Trattasi di personale che, pur rimanendo assegnato all'ufficio di appartenenza, ha il compito part-time di monitorare le MISURE GENERALI e SPECIFICHE previste dal PTPC relative al proprio ufficio, agendo da tramite tra il Direttore dell'Ufficio stesso e il RPCT.

Le operazioni di monitoraggio delle suddette SCHEDE di TRATTAMENTO DEL RISCHIO si sono svolte in forma partecipata, con la supervisione del RPCT, grazie al contributo dei referenti del Gruppo operativo e dei Responsabili delle Unità Operative, secondo le seguenti modalità:

1. avvio di apposite istruttorie volte all'acquisizione dei dati per il calcolo degli indicatori riportati nelle schede di trattamento;
2. riunioni del Gruppo operativo di supporto su specifici ordini del giorno;
3. raccomandazioni rivolte ai Direttori di UU.OO. operanti in aree ad alto rischio.

Nella tabella seguente vengono riportate le azioni di monitoraggio eseguite nel 2021:

| Riferimento | Processo/attività | Struttura responsabile |
|----------------------|---|--|
| 20210519_istr. 21503 | Ispezioni Aziende zootecniche | Sanità Animale (Area A) |
| 20210519_istr. 21510 | Ispezioni Veterinarie impianti di macellazione | Igiene degli Alimenti (Area B) |
| 20210519_istr. 21495 | Controlli qualità su campioni di diversa matrice (mangime, latte...) | Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C) |
| 20210519_istr. 21493 | Sopralluoghi depositi con vendita all'ingrosso e al minuto di farmaci | Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C) |
| 20210519_istr. 21486 | Controlli attività di produzione | Igiene degli alimenti e Nutrizione |
| 20210519_istr. 21484 | Sopralluoghi ambienti di vita per problemi sanitari generalmente su esposti | Igiene e Sanità Pubblica |
| 20210519_istr. 21474 | Autorizzazioni sanitarie | Igiene e Sanità Pubblica |



| | | |
|----------------------|--|--|
| 20210519_istr. 21472 | Attività di vigilanza | Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro |
| 20210519_istr. 21499 | Conferimento incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo | Affari Generali Legali e Assicurativi |
| 20210519_istr. 21505 | Affidamento incarichi professionali (servizi di ingegneria e architettura) | Gestione Tecnico - Patrimoniale |
| 20210723_istr. 32270 | Autorizzazione inserimenti in strutture residenziali (RP anziani) | Distretto Sanitario Unico |
| 20210723_istr. 32269 | Autorizzazione trasporti sanitari | Distretto Sanitario Unico |
| 20210723_istr. 32268 | Conferimento di incarico provvisorio dei Pediatri di Libera Scelta/Medici Assistenza Primaria | Distretto Sanitario Unico |
| 20210723_istr. 32265 | Prenotazione prestazioni sanitarie (CUP) | Dip. Area Programmazione e Controllo e U.O. CUP |
| 20210723_istr. 32267 | Attività conseguenti al decesso | Direttore Medico P.O. |
| 20210804_istr. 34194 | Ciclo passivo: pagamenti | Gestione Risorse Economiche e Finanziarie e Provveditorato, Economato e Gestione Logistica |
| 20210907_istr. 37812 | Programma e definizione dei fabbisogni di beni consumabili e servizi | Provveditorato, Economato e Gestione Logistica |
| 20211008_istr. 43145 | Verifica Cassa economale | Gestione Risorse Economiche e Finanziarie |
| 20211013_istr. 43830 | Procedure finalizzate al riconoscimento del diritto alla retribuzione accessoria (indennità, ecc.) | Gestione Risorse Umane |
| 20211215_grop. 53411 | <ul style="list-style-type: none"> • monitoraggio misure anticorruzione dipartimento di prevenzione; • misure di rotazione funzionari addetti alle istruttorie; • piano delle attività medico legali vigente | Gruppo Operativo di supporto RPCT (verbali riunioni del 17/12/2021 e 28/01/2022, compilazione AUDIT del rischio) |
| 20211221_grop. 54173 | <ul style="list-style-type: none"> • misure di rotazione funzionari addetti alle istruttorie; • gestione della protesica; • attività di controllo sulle strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate. | Gruppo Operativo di supporto RPCT (verbali riunioni del 22/12/2021 e 28/01/2022, compilazione AUDIT del rischio) |

| | | |
|----------------------|---|---|
| 20220420_racc. 18088 | Obbligo di rispetto del principio di rotazione e divieto di frazionamento artificioso e dell'affidamento diretto con rinnovo tacito | Gestione Tecnico - Patrimoniale e Provveditorato, Economato e Gestione Logistica |
| 20220422_racc. 18367 | Accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie private | Dip. Programmazione e controllo |

7.2 Procedure amministrativo-contabili e SEC-SISR

Dall'analisi del contesto di cui al precedente **paragrafo 6.6.** la gestione dei **processi amministrativo-contabili** dell'Azienda è demandata al *Sistema Informativo Regionale e delle Aziende Sanitarie della Calabria "SEC-SISR"*.

Ai fini della valutazione del **rischio conseguente alla mancata/incompleta/errata implementazione delle 9 procedure amministrativo-contabili** di cui al *DCA n.ro 33 del 08/03/2016*, recepito dall'ASP di Crotona con *delibera n. 118 del 22/03/2016*, su richiesta del RPCT, il Responsabile della Transizione Digitale ha reso note le seguenti informazioni:

- 1) Anagrafiche SEC-SISR aggiornate (Fattori, Centri di Costo e Magazzini) in formato aperto;
- 2) Relazione *prot. n.ro 19119 del 28/04/2022* circa l'informatizzazione, tramite il SEC-SISR, delle procedure amministrativo contabili presso l'ASP di Crotona: stato attuale e criticità.

Il predetto responsabile con la Dott.ssa Rosa Covelli dell'Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza hanno, inoltre, eseguito, presso gli uffici competenti, degli audit finalizzati a valutare l'effettiva implementazione delle procedure di cui trattasi in azienda, secondo il seguente calendario:

| | |
|-------------------|---|
| 16/02/2022 | GESTIONE DELLE RILEVAZIONI NUMERARIE |
| 04/03/2022 | GESTIONE MAGAZZINO |
| 15/03/2022 | GESTIONE CONTENZIOSO |
| 11/04/2022 | GESTIONE CICLO ATTIVO |

Estratto del verbale della riunione del 16/02/2022

"GESTIONE DELLE RILEVAZIONI NUMERARIE"

Si procede con l'analisi dell'attività "**REGISTRAZIONE CONTABILE DELLE FATTURE PASSIVE**", terminata la quale, prende la parola Francesco Garzieri il quale espone le seguenti osservazioni.

Intanto si precisa che il Sistema Sec-Sisr impone step obbligatori dai quali non si può prescindere. Aggiunge che, allo stato attuale, le scrivanie con relativo codice univoco, abilitate

alla ricezione delle fatture elettroniche sono quaranta. Inizialmente si era proposto di creare una sola scrivania che ricevesse tutte le fatture dell'Azienda. Il personale preposto le avrebbe trasferite al servizio competente per le necessarie verifiche. Nella procedura in esame si prevede che il servizio Economico Finanziario contabilizzi tempestivamente le fatture pervenute. In merito Francesco Garzieri precisa che la tempestiva contabilizzazione non sempre è possibile a causa del ritardo con cui L'Unità amministrativa Ordinatrice di spesa certifica la completezza e la coerenza del documento contabile mediante distinta di pagamento e provvedimento Dirigenziale formale. Aggiunge che in alcuni casi l'Unità amministrativa ordinatrice di spesa emette semplicemente la Distinta di pagamento, ma non la Determina di liquidazione. Si osserva che la distinta di pagamento è un documento che si genera sul sistema Sec-Sisr, mentre la trasmissione della determina di liquidazione è una procedura che, allo stato attuale, esula dal sistema Sec-Sisr.

Si propone di inserire come misura anticorruzione l'adozione, nei termini, del provvedimento dirigenziale di liquidazione che certifica l'esecuzione e il buon esito dei controlli di correttezza delle fatture.

Si passa all'analisi dell'attività **"VERIFICA CORRETTEZZA FATTURA"**

La procedura è di competenza dell'Unità Amministrativa ordinatrice di spesa che riceve la fattura sulla propria scrivania. La stessa prevede che: l'Unità amministrativa ordinatrice effettui i controlli amministrativi necessari prima di procedere ad accettare o rifiutare la fattura. La necessità di comunicare tempestivamente al fornitore l'accettazione o il rifiuto del documento contabile entro il termine di 15 giorni, decorsi i quali il sistema di interscambio invia un messaggio di decorrenza termini tanto all'ufficio quanto al fornitore.

A questo punto Francesco Garzieri aggiunge che in caso di decorrenza dei termini, l'Unità Ordinante non abbia proceduto ad accettare o rifiutare il documento contabile, sono previste sanzioni che nella realtà non vengono mai applicate.

Si procede con l'analisi dell'attività **"RILASCIO AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO"**.

A conclusione dei controlli, l'Unità Amministrativa ordinatrice di spesa procede ad accettare o rifiutare i documenti contabili. In caso di esito positivo, l'Unità Amministrativa ordinatrice di spesa rilascia l'autorizzazione al pagamento, previa ulteriore verifica non prevista dalla procedura in esame. Il sistema Sec-Sisr impone all'Unità amministrativa ordinatrice di spesa di verificare che le unità preposte alla accettazione della merce abbiano inserito a sistema la bolla di consegna relativa alla merce cui si riferisce la fattura.

Si analizza l'attività **"RICHIESTA DOCUMENTI DI VARIAZIONI IN AUMENTO/DIMINUZIONE" (NOTA DI CREDITO/NOTA DI DEBITO)**

A seguito di errori o altre modifiche intervenute successivamente alla registrazione della fattura l'Unità amministrativa ordinatrice della spesa, (non il Servizio Economico Finanziario come descritto nella procedura) richiede al fornitore nota di credito, con conseguente impatto sui rapporti contabili e fiscali verso l'Erario. Il Servizio Economico e Finanziario è tenuto a monitorare le richieste di documenti di variazione in aumento/diminuzione rivolte ai fornitori al fine di riconciliare i crediti e debiti con le evidenze documentali delle note di credito da ricevere. Francesco Garzieri in proposito evidenzia che la richiesta di nota di credito al fornitore viene solitamente fatta telefonicamente e di conseguenza non trasmessa al Servizio Economico finanziario.

Si propone di prevedere come misura da inserire nel nuovo Piano che la richiesta di nota di credito venga trasmessa tramite pec al fornitore e per conoscenza al Servizio Economico Finanziario.

Si procede analizzando l'attività **"ELABORAZIONE DELLO SCADENZARIO FORNITORI"**

Il Sistema Sec-Sisr, sulla base delle informazioni contabili inserite durante la registrazione delle fatture passive nel sistema informativo, elabora uno scadenzario fornitori.

I vari punti ordinanti hanno la possibilità di interrogare il sistema e individuare le fatture in ordine di scadenza attraverso la funzione "Documenti non autorizzati". Tuttavia le fatture non vengono liquidate per scadenza ma solo a seguito di provvedimento dirigenziale di liquidazione che, come evidenziato in precedenza, solitamente non viene adottato nei termini prescritti dalla legge.

ATTIVITÀ "VERIFICA SOLVENZA FORNITORE"

Si procede nella lettura della procedura in esame e Francesco Garzieri evidenzia che l'unica incongruenza riscontrata è l'importo oltre il quale si deve inoltrare richiesta per il controllo della regolarità della posizione del soggetto beneficiario. Infatti nella procedura è indicato l'importo di € 10.000, in realtà l'importo corretto è € 5.000.

Nessuna osservazione viene formulata in merito alle ultime due attività:

- Predisposizione del mandato di pagamento;
- Chiusura della partita di debito;

Estratto del verbale della riunione del 04/03/2022
"GESTIONE MAGAZZINO"

Si procede con l'analisi del sottoprocesso "**GESTIONE BENI IN CONTO DEPOSITO**"

La procedura prevede che i prodotti acquistati con il metodo del conto deposito sono quei prodotti per i quali, in ragione del loro costo unitario o per la difficile previsione di utilizzo, non è opportuno o economico prevedere una scorta presso i magazzini o i reparti. Il Fornitore mette a disposizione dell'Azienda i prodotti che restano di proprietà del fornitore fino a quando l'azienda non comunica l'uso del bene. Gli acquisti con il metodo del conto deposito si caratterizzano per la specificità del processo di approvvigionamento in quanto prima si ha il consumo e successivamente si ha l'ordine. **Per il Processo di Acquisto in Conto Deposito si rinvia al DCA n. 137/2015.** Si tratta, pertanto, di materiale utilizzato prevalentemente dalle seguenti unità operative:

- Cardiologia
- Cardiochirurgia
- Chirurgia Vascolare
- Ortopedia

La principale peculiarità della gestione dei beni in conto deposito è il monitoraggio dei "magazzini virtuali", cioè la scorta di un determinato materiale disponibile ma che non esiste fisicamente nel punto in cui si manifesta la necessità.

L'Ing. Ciminelli fa presente che in Azienda il conto deposito viene in realtà utilizzato come transito, perché la merce viene consegnata direttamente ai reparti. Di conseguenza la merce non transita attraverso il magazzino. Lo stesso si impegna a verificare se nel sistema gestionale Sec- Sistr sia configurato un magazzino virtuale per l'identificazione dei beni in conto deposito.

Si procede all'analisi dell'attività "**CARICO MERCE DI PROPRIETÀ TERZI NEL MAGAZZINO VIRTUALE**"

La procedura prevede che il Magazzino riceve i documenti cartacei (documento di trasporto con esplicita causale "conto deposito") relativi alla merce pervenuta anche per i beni di terzi presenti in Azienda. Il Magazzino registra sul sistema gestionale l'entrata merce secondo quanto già descritto nell'attività di "Carico Merce" del sottoprocesso 5.1 "Gestione Magazzino prodotti sanitari" e 5.2 "Gestione Magazzino prodotti non sanitari". Tali beni, di proprietà di terzi, devono essere ben identificabili sul sistema gestionale e destinati in un Magazzino

virtuale che sta ad identificare beni non di proprietà dell'Azienda. Il Magazzino conserva ed archivia i documenti di trasporto per la merce ricevuta. ***In Azienda l'entrata merce non viene registrata al momento della consegna, perché, come descritto, la merce viene consegnata direttamente ai reparti che non provvedono alla registrazione sul sistema gestionale. Il Carico merce avviene al momento in cui viene generato l'ordine dall'U.O.C PEGL- Ufficio ordini.***

Si passa all'analisi dell'attività "**SCARICO MERCE DI PROPRIETÀ TERZI NEL MAGAZZINO VIRTUALE**":

La procedura prevede che il Magazzino riceve dalle Unità Operative/Farmacia comunicazione dell'uso dei prodotti detenuti in conto deposito di proprietà di terzi e realizza la registrazione di scarico dal Magazzino virtuale sul sistema gestionale dove sono monitorati i livelli di giacenza beni di terzi presenti in azienda. Il Magazzino ha la possibilità di monitorare lo stato, la disponibilità, la posizione dei materiali e registrare il trasferimento del prodotto. ***In Azienda il reparto trasmette all'U.O.C. PEGL – ufficio ordini la documentazione dell'avvenuto utilizzo del bene in conto deposito, nonché il DDT. L'unità ordinante provvede ad emettere il relativo ordine di acquisto e a completare l'iter dal carico merce allo scarico.***

Si passa all'analisi del sottoprocesso "**GESTIONE MAGAZZINO PRODOTTI SANITARI**"

La procedura prevede che le scorte di prodotti sanitari comprendono tutte le giacenze del materiale destinato ad essere utilizzato nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. I principali prodotti sanitari sono:

- Prodotti farmaceutici con AIC e senza AIC
- Ossigeno
- Emoderivati
- Sangue ed emocomponenti
- Dispositivi medici
- Dispositivi medici impiantabili attivi
- Dispositivi medici diagnostici in vitro
- Prodotti dietetici
- Prodotti chimici
- Materiali e prodotti per uso veterinario
- Materiali per la profilassi (vaccini)
- Altri beni e prodotti sanitari

ATTIVITÀ "CONTROLLI IN ACCETTAZIONE E STOCCAGGIO DELLA MERCE"

L'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia riceve la merce accompagnata dalla bolla di trasporto dove sono specificati gli estremi dell'ordine di acquisto per la fornitura richiesta.

L'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia provvede a stoccare la merce, previo adempimento di tutte le verifiche di coerenza all'ordine di acquisto e di consistenza fisica della qualità della merce, necessarie all'accettazione della merce stessa. Nel caso in cui l'imballo e/o il materiale presentino tracce di danneggiamento, o che le modalità di trasporto e scarico non risultino essere conformi ai requisiti indicati nelle specifiche fornite dal produttore, gli operatori incaricati della ricezione della merce contestano al trasportatore il danno rilevato e lo annotano sul documento di trasporto facendolo sottoscrivere dal trasportatore stesso. L'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia effettua un controllo di accettazione nel corso dello smistamento della merce della sua allocazione negli appositi armadi, scaffali o aree di stoccaggio.

Il controllo consiste nella verifica dell'identità del materiale, nell'individuazione dei prodotti che necessitano di particolari modalità di stoccaggio, nella verifica della corrispondenza tra le quantità e la qualità del materiale pervenuto con quanto richiesto sull'ordine di acquisto e le quantità indicate sul documento di trasporto, oltre alla data di scadenza dei farmaci.

L'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia apre i colli ed effettua un controllo qualitativo e quantitativo sulla merce consegnata.

In caso di evidente non conformità dei beni consegnati o di colli gravemente danneggiati, l'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia appone sulla bolla gli estremi dell'anomalia, rifiuta la merce, e trattiene una copia della bolla. L'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia separa la merce non conforme per evitare che possa essere utilizzata accidentalmente, in attesa della restituzione al fornitore.

In casi di non conformità tra quantità ordinata e ricevuta, riscontrata in fase di consegna l'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia lo comunica all'Unità Ordinante, che provvede a contattare il fornitore per sanare l'anomalia.

Se il controllo ha esito positivo il personale incaricato timbra e firma il DDT a fronte del ricevimento della merce indicata. Al termine delle operazioni di accettazione, l'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia provvede a stoccare il materiale negli appositi scaffali e alle operazioni di carico della merce all'interno del sistema gestionale.

Il materiale ricevuto viene quindi adeguatamente immagazzinato secondo le procedure tecniche specifiche per ciascun prodotto.

L'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia è responsabile dell'integrità fisica delle giacenze e della corretta collocazione dei beni presso il magazzino.

Nessuna osservazione viene formulata in merito.

ATTIVITÀ "GESTIONE ANOMALIA"

La procedura prevede che l'Unità Ordinante riceve copia del Documento di Trasporto dall'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia con la segnalazione dell'anomalia riscontrata.

L'Unità Ordinante provvede a contattare il fornitore nel caso la quantità ricevuta sia inferiore rispetto alla quantità ordinata per capire entro quali termini verrà effettuata la consegna delle quantità mancanti.

L'Unità Ordinante provvede a richiedere una fornitura integrativa al fine di completare l'ordine iniziale.

- Nel caso in cui il fornitore non sia in grado di effettuare una consegna integrativa a chiusura dell'ordine nei tempi richiesti, l'Unità Ordinante provvede a modificare l'ordine di acquisto sul sistema gestionale con un minore quantitativo di fornitura.
- Nel caso in cui la merce ricevuta sia eccedente rispetto alle quantità ordinata, l'Unità Ordinante deve decidere se accettare l'eccedenza emettendo un nuovo ordine di acquisto integrativo o restituire la merce al fornitore.

In Azienda nell'ipotesi in cui la quantità ricevuta sia inferiore alla quantità ordinata, l'Unità di gestione del Magazzino/Farmacia registra a sistema il relativo DDT. L'ordine risulta parzialmente evaso e non viene modificato per come descritto in precedenza. Di conseguenza la Ditta fornitrice emette la fattura per la quantità di merce consegnata.

ATTIVITÀ "RESI"

L'ing. Ciminelli provvederà a verificare se sul sistema gestionale è prevista la procedura per i resi e se viene correttamente applicata.

ATTIVITÀ "ACCETTAZIONE E CARICO MERCE"

La procedura prevede che Il personale amministrativo di Magazzino deve registrare sul sistema gestionale di Magazzino l'entrata merce per le forniture che hanno superato i controlli di accettazione o le cui anomalie sono state analizzate dall'Unità Ordinante.

Il Personale amministrativo di Magazzino deve provvedere al caricamento delle ricezioni e alla registrazione dei resi entro la giornata. Il caricamento a sistema deve avvenire immediatamente dopo la verifica e l'accettazione della merce in Magazzino. In tutti i casi in cui i beni sono accettati con riserva, deve comunque essere effettuato il carico a sistema ed, eventualmente, il reso.

Il Personale amministrativo di Magazzino crea un documento di carico sul sistema gestionale riportando i seguenti dati:

- numero e data documento di entrata merce;
- riferimento dell'ordine di acquisto;
- fornitore;
- riferimento numero e data bolla di trasporto;
- quantità della merce arrivata;
- data di scadenza (se previsto).

La registrazione dell'entrata merce consente di aggiornare la quantità dei prodotti giacenti in Magazzino. Il Personale amministrativo di Magazzino deve conservare ed archiviare i documenti di trasporto per la merce ricevuta insieme ai relativi ordini di acquisto, con la sigla per accettazione. In caso di farmaci stupefacenti e di sostanze psicotrope, le operazioni di carico e di scarico vengono effettuate sia all'interno della procedura informatizzata di contabilità che manualmente sullo specifico registro stupefacenti, con le annotazioni previste dalle relative disposizioni normative. ***In merito a quest'ultimo punto L'Ing. Ciminelli verificherà che la procedura sia correttamente applicata.***

ATTIVITÀ "PRELIEVO, SCARICO MAGAZZINO E DISTRIBUZIONE"

La procedura prevede che l'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia riceve le richieste di beni di consumo sanitario/farmaci inoltrate dal personale sanitario autorizzato.

Le richieste trasmesse devono riportare:

- Codice/descrizione dell'Unità o centro di costo richiedente;
- Firma leggibile del personale sanitario autorizzato;
- Data di richiesta.

In base alla tipologia di bene e ai regolamenti interni aziendali, il bene / farmaco viene prelevato dal personale dell'Unità di Gestione del Magazzino/Farmacia o direttamente dal richiedente. Gli elementi fondamentali necessari, affinché possa essere evasa la richiesta sono i seguenti:

- identificazione della destinazione della merce;
- codice del centro di costo;
- data di emissione della richiesta;
- descrizione dei prodotti richiesti;
- firma del responsabile del punto di prelievo.

All'atto della consegna, il referente del centro di costo firma per accettazione il modulo di richiesta e prende in consegna il materiale.

Il Personale di Magazzino deve conservare ed archiviare i moduli di richiesta controfirmati per accettazione.

In Asp Crotone la procedura è informatizzata.

Le richieste vengono inoltrate sulla piattaforma Sec Sistr dal reparto al Magazzino.

Unica eccezione sono le richieste urgenti che vengono trasmesse brevi manu per essere successivamente registrate a sistema. (questo non sempre avviene).

Inoltre occorre evidenziare che, spesso, il reparto inserisce nella richiesta prodotti non presenti in magazzino.

Questo accade per una serie di motivazioni:

- ***le giacenze di magazzino non sono aggiornate;***
- ***le anagrafiche prodotti non sono aggiornate.***

Di conseguenza il farmacista deve verificare le richieste in arrivo dai reparti, modificarli in base alla quantità e tipologia dei prodotti ordinati per allinearli manualmente alle effettive giacenze e alla effettiva tipologia di prodotti previsti in gara., poiché queste informazioni non sono visibili a sistema dai reparti.

Ricevuta la merce richiesta, i reparti non provvedono ad effettuare la presa in carico nell'armadio di reparto.

FARMACI FILE F

La procedura prevede che il Servizio Farmaceutico provvede a gestire tutti gli adempimenti tecnico/amministrativi legati alla gestione dei farmaci ricompresi nel File F.

Sulla base delle prescrizione medica, completa di tutte le informazioni utili alla generazione del File F, in particolare:

- dati farmaco;
- dati anagrafici pazienti (Nome e Cognome, Codice Fiscale, Data di nascita, sesso);
- residenza;

il Magazzino Farmaceutico consegna i farmaci al paziente o al reparto richiedente (nel caso di farmaci ad alto costo somministrati ai pazienti ricoverati) e registra utilizzando apposita causale contabile (Es. "Scarico per File F"), il movimento di scarico sul sistema gestionale.

Il Magazzino Farmaceutico provvede a riconferma dell'avvenuta consegna dei beni ad archiviare copia della prescrizione del medico e della stampa dello scarico del sistema, sottoscritta dal paziente o dall'addetto del reparto richiedente.

Il flusso relativo al File F viene prodotto dal sistema gestionale, secondo la tempistica definita, sulla base delle informazioni rilevate al momento dell'effettuazione delle singole consegne ai pazienti/reparti. **In Azienda sul Sistema Sec-Sisr è stato creato il modulo EDF per la distribuzione dei farmaci ai pazienti dimessi (Distribuzione diretta). Per la distribuzione dei farmaci ai pazienti in reparto viene utilizzato il modulo informatico STU (Scheda terapeutica unica). Il modulo non è integrato con il Sec-Sisr per cui è necessaria la riconciliazione manuale.**

Estratto del verbale della riunione del 15/03/2022
"GESTIONE CONTENZIOSO"

Prende la parola Domenico Voci che in proposito evidenzia la trasmissione da parte della Regione Calabria - Dipartimento Tutela della salute Servizi Socio Sanitari di indicazioni operative relative alla Piattaforma Sec - Sisr - Contenzioso, segnalando contestualmente le criticità emerse da una prima analisi dei dati inseriti a sistema, comuni a tutte le tipologie di contenzioso. La nota, che si allega alla presente, è stata acquisita con prot. n. 10464 del 07/03/2022.

Si procede ad effettuare un'analisi e un confronto tra la procedura operativa pubblicata nella sezione Amministrazione trasparente, le indicazioni operative contenute nella nota prot. n. 10464 del 07/03/2022 e l'applicazione in Azienda.

ATTIVITÀ "RICOGNIZIONE DEI CONTENZIOSI"

La procedura prevede che il Responsabile dell'UO Affari Legali compila il documento Prospetto n°1 e lo trasmette firmato al Responsabile del Servizio Economico Finanziario. Tale Prospetto, da approvare preventivamente con provvedimento del Direttore Generale dell'Azienda, è distinto in tre parti sulla base delle possibili tipologie di contenzioso rappresentate di seguito; pertanto, per ciascuna tipologia si dovranno fornire separatamente le informazioni di seguito riportate.

- **Contenziosi in atto:** Si ritiene in atto il contenzioso per cui le Aziende Sanitarie hanno ricevuto documentazione legale ufficiale.
- **Contenziosi non ancora in atto:** Si ritiene non ancora in atto quando le Aziende Sanitarie non hanno ricevuto documentazione legale ufficiale, sebbene sussistano già le premesse per il concretizzarsi nel breve termine dell'evento giuridico.

- **Contenziosi ancora da liquidare:** Si ritiene chiuso ma ancora da liquidare quando l'iter giuridico è terminato. Il termine del contenzioso presuppone che il giudizio sia arrivato all'ultimo grado disponibile o che l'Azienda Sanitaria ritenga vantaggioso, in termini di costi- benefici, proseguire nell'attività di difesa della propria posizione legale o che la controparte abbandoni anticipatamente la propria posizione.

OGGETTO DEL CONTENZIOSO: tipologia del contenzioso di cui di seguito si riporta un elenco delle principali fattispecie:

- Tetti di Spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privati convenzionati con il SSR;
- Tariffe Riabilitazione ex art. 26;
- Tariffe Ospedalità;
- Tariffe Specialistica, etc.;
- Contestazioni su controllo delle prestazioni rese da accreditati;
- Contenzioso per contestazioni su forniture ed appalti;
- Contenzioso per ritardato/mancato pagamento;
- Contenzioso del Personale dipendente;
- Contenzioso del Personale convenzionato e non dipendente;
- Risarcimento danni (morte, responsabilità professionale etc.);
- Altro.

Relativamente ai contenziosi per prestazioni sanitarie, si richiede di dettagliare l'informativa per categoria di strutture private coinvolte (Case di cura, Specialistica, Riabilitazione etc.).

ATTO GIURIDICO PIU' RECENTE: la tipologia di atto giuridico più recente ricevuto quale, ad esempio, atto di citazione, decreto ingiuntivo;

N. FASCICOLO INTERNO: il numero identificativo interno del fascicolo nel quale l'UO Affari Legali ha archiviato la documentazione relativa al contenzioso;

ATTORE/RICORRENTE: il soggetto, persona fisica o giuridica, che ricorre avverso l'Azienda, in qualità di controparte;

ANNO DI COMPETENZA: l'anno di competenza del contenzioso indica l'anno di riferimento al quale è collegato il contenzioso in atto;

ANNO D'INIZIO: l'anno di inizio del contenzioso. Per inizio si intende il giorno nel quale l'Azienda ha ricevuto notifica dell'atto legale attestante la citazione in giudizio o l'obbligo di adempimento al precetto;

RELAZIONE TECNICA: la nota tecnica relativa alla situazione giuridica ed allo stato di avanzamento dell'azione legale;

PROSSIMA DATA VALIDA: la data del giorno in cui è stata fissata la prossima udienza o la data di scadenza per la presentazione di documentazione o per intraprendere un'azione o un ricorso;

QUOTA CAPITALE: la previsione dell'importo relativo alla sorte capitale come definita dall'analisi documentale di tutte le fonti di informazione relative al contenzioso. **A tal proposito si evidenzia che nel presente campo non devono essere inseriti gli importi che sono già stati registrati in contabilità nei conti specifici (esempio: acquisti di prestazioni sanitarie, acquisti di beni/prestazioni, personale, oneri straordinari, etc.) o coperti da eventuali assicurazioni (franchigia; superamento del massimale; mancata assicurazione del rischio).** Al riguardo il Responsabile dell'UO Affari Legali per l'acquisizione delle informazioni relative ai valori già registrati in contabilità può avvalersi del supporto del Responsabile del Servizio Economico Finanziario;

INTERESSI: la previsione dell'importo relativo agli interessi passivi maturati tra la data dell'evento che ha generato il contenzioso e la data di riferimento, come emerso dall'analisi documentale di tutte le fonti di informazione in possesso del valutatore. In particolare, per le azioni esecutive tale informazione è desumibile dalla richiesta della controparte o, in caso contrario, deve essere calcolata a partire dalla data di scadenza del titolo di debito fino alla data di riferimento;

SPESE LEGALI: la previsione dell'importo in migliaia di euro riguardante gli onorari dei professionisti per l'attività legale svolta fino a quella data, come emerso dall'analisi documentale di tutte le fonti di informazione relative al contenzioso. Tali spese legali possono riguardare l'onorario per il servizio reso dal legale all'Azienda, quello per il servizio reso alla controparte, la quota ripartita dell'importo totale delle spese per entrambe le parti qualora sia prevista la compensazione delle stesse;

TOTALE IMPORTO PASSIVITA' POTENZIALE: l'importo complessivo indicante la somma della quota capitale, degli interessi e delle spese legali come definiti in precedenza. Tale valore rappresenta il livello massimo di passività potenziale che l'Azienda potrebbe sostenere in caso di soccombenza;

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI SOCCOMBENZA: la valutazione del rischio di soccombenza da parte dell'Azienda e della conseguente imputazione al contenzioso di passività potenziali, deve essere effettuata in base allo storico delle esperienze giudiziarie aventi le stesse peculiarità. La valutazione prevede la distinzione del rischio in tre diverse forme: probabile, possibile o remoto. Un evento dicesi probabile qualora se ne ammetta l'accadimento in base a

motivi seri o attendibili ma non certi, ossia se l'accadimento è credibile, verosimile o ammissibile in base a motivi ed argomenti abbastanza sicuri. Opinione probabile è del resto quella basata su ragioni tali da meritare l'assenso di persona prudente. Con il termine possibile, il grado di realizzazione dell'evento futuro è inferiore al probabile. L'evento possibile è quello che può accadere o verificarsi, che cioè è eventuale o può avvenire. L'evento remoto è invece quello che ha scarsissime possibilità di verificarsi, ossia, che potrà accadere molto difficilmente.

Per quanto riguarda la valutazione, bisogna specificare che, secondo quanto previsto dalla prassi contabile, in particolare secondo l'OIC 19, **tutti i contenziosi ritenuti probabili vanno a generare un accantonamento nel conto economico dell'esercizio**; tale valore può incrementarsi o meno nel corso degli esercizi successivi in base all'evolversi dell'evento giuridico. **I contenziosi ritenuti possibili non comportano alcun accantonamento ma semplicemente l'informativa in Nota integrativa. Per le casistiche remote non si hanno, invece, né obblighi contabili né informativi.**

Sul sistema Sec-Sisr sono previste due tipologie di contenzioso:

- 1. Contenzioso aperto**
- 2. Contenzioso definito con determina di liquidazione**

Per ciascun contenzioso viene creato un fascicolo elettronico identificato da un numero progressivo. Nelle indicazioni operative della regione sono state evidenziate le seguenti criticità.

NUMERAZIONE DEL CONTENZIOSO

Si rinvengono a sistema fascicoli elettronici privi di un numero progressivo, che tuttavia è di fondamentale rilevanza nell'attività di estrapolazione periodica dei dati per l'analisi ed il monitoraggio degli stessi. Si invita, pertanto, a voler procedere all'assegnazione di una numerazione progressiva a ciascun fascicolo elettronico, che il sistema consente di ottenere automaticamente utilizzando la funzione "salva e numera".

In Asp Crotone è stato assegnato a ciascun fascicolo un numero progressivo ed il sistema è stato implementato inserendo i dati relativi al contenzioso per gli anni 2020-2021-2022.

OGGETTO

Sono state rilevate due criticità in ordine alla indicazione dell'oggetto. Nello specifico:

- a) nel campo oggetto viene indicata la tipologia di atto introduttivo notificato all'azienda, talune volte anche con l'indicazione della parte processuale e della disposizione di legge relativa alla notifica dell'atto;
- b) per la medesima tipologia di contenzioso (es. n:sponsabilità medica}, la stessa Azienda talune volte indica come oggetto "risarcimento danni" altre volte "risarcimento danni per la morte del sig. ..."o "risarcimento danni patrimoniali e non"

Al tal riguardo si precisa che:

1. la tipologia di atto introduttivo del giudizio (sia esso atto di citazione, ricorso etc.) va indicata unicamente nel campo "tipo"(atto) all'interno della schermata "dati".
2. Nel campo "oggetto" va indicata la materia del contendere: rispetto ad essa, esaminata la tipologia di contenzioso caricata a sistema, possono individuarsi, a titolo esemplificativo, alcune tipologie di materie, suscettibili di ulteriore implementazione:
 - a) Pagamento fatture
 - b) Risarcimento danni da responsabilità medica
 - c) Risarcimento danni da randagismo
 - d) Personale
 - e) Pagamento spese legali
 - f) Pagamento CTU;
 - g) Ricorsi avverso provvedimenti aziendali
 - h) Pagamento prestazioni in regime di accreditamento

COMPILAZIONE DELLE SCHERMATE

Non risultano essere generate e/o compilate le schermate successive a quella dati. La loro compilazione è di fondamentale rilevanza per la completa disamina del contenzioso e quindi della sua evoluzione e degli atti processuali prodotti dalle parti.

A tal riguardo, si precisa che in caso di definizione del contenzioso è necessario che venga modificato il campo "esito" come da figure 17 e 18 del Manuale Utente Contenzioso (di seguito, "Manuale") e che il contenzioso venga archiviato, in quanto definito, come da funzionalità aggiuntiva indicata a pagina 55 del Manuale.

In Azienda, attualmente vengono implementate la schermata dati e la schermata esecuzioni. La schermata esecuzioni riporta gli atti di precetto.



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

AGGIORNAMENTO FASCICOLI ELETTRONICI

In continuità con quanto esposto al precedente paragrafo. I fascicoli elettronici non sono aggiornati con l'indicazione delle udienze (cfr. figura 29 e 30 del Manuale), delle fasi e dei gradi di giudizio.

Con specifico riferimento ai gradi di giudizio, si segnala che, in ipotesi di appello del provvedimento emesso a definizione del primo grado, il secondo grado dovrebbe essere caricato all'interno del fascicolo elettronico del primo grado, con implementazione della schermata "fasi e gradi" (cfr. figura 49 e 50 del Manuale). Ove tuttavia si proceda alla creazione di un nuovo fascicolo per il secondo grado di giudizio e non sia stato caricato in precedenza il fascicolo relativo al primo grado sarà necessario allegare anche tutti gli atti del primo grado del giudizio.

In Azienda la schermata "Fasi e Gradi" non è stata implementata

Caricamento degli allegati

Si segnala che molte Aziende omettono il caricamento degli allegati principali (atti introduttivi del giudizio) e secondari (es. memorie, note, istanze, documenti). L'osservazione riguarda anche i procedimenti esecutivi ove, in ipotesi di atto di pignoramento (da allegare come atto principale) sarà necessario allegare anche gli ulteriori e prodromici atti processuali (titolo esecutivo, precetto) ed eventuali atti transattivi.

Fatture

Si rammenta, inoltre, che l'implementazione del sistema informativo consente il collegamento tra il gestionale contenzioso e quello dell'ufficio economico - finanziario e pertanto la corretta alimentazione della piattaforma e la compilazione della schermata "fatture da contabilità" consentirà di agganciare i documenti contabili oggetto di contenzioso. La voce "selezionare le fatture" contenuta nella schermata "fatture da contabilità" consente in particolare di utilizzare i campi di ricerca per individuare le fatture presenti sul sistema gestionale della contabilità.

In Azienda il processo di implementazione della procedura delle fatture è stato avviato in data 15/03/2022.

Estratto del verbale della riunione del 11/04/2022: "GESTIONE CICLO ATTIVO"

Si procede ad analizzare il **sottoprocesso "GESTIONE DEI CONTRIBUTI"**:

- **Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale:** Contiene i fondi assegnati dalla Regione o Provincia Autonoma alla G.S.A. e alle Aziende per finanziare l'attività istituzionale, anche attraverso fondi vincolati al raggiungimento di specifici obiettivi finanziati esclusivamente dal Fondo Sanitario regionale.
- **Contributi c/esercizio (extra fondo):** Contiene, in generale, gli importi dei contributi non rientranti nel riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale, assegnati da Regione, Provincia Autonoma, altri soggetti pubblici (Amministrazioni statali, Province, Comuni, settore pubblico allargato), inclusi i contributi dell'Unione Europea e le risorse derivanti dal gettito di fiscalità regionale.
- **Contributi c/esercizio per ricerca:** Sono i contributi erogati dal Ministero della Salute, dalla Regione, da altri soggetti pubblici e da soggetti privati per attività di ricerca.
- **Concorsi, recuperi e rimborsi:** Contiene l'ammontare dei rimborsi dell'esercizio derivanti principalmente da Personale in comando e da pay back farmaceutico ed i recuperi e concorsi per spese varie.

Dall'analisi di quanto descritto nella procedura amministrativo – contabile, relativamente alle voci riportate in tabella, emerge la corretta applicazione della procedura in Azienda, che si articola per ciascuna voce nelle seguenti fasi:

- Rendicontazione economica e tecnica;
- Verifica, accettazione e contabilizzazione;
- Riconciliazione di fine anno.

Francesco Garzieri rileva un'unica eccezione alla corretta applicazione della procedura.

Nella tabella di pag. 22 è previsto che Il Servizio Economico Finanziario effettua un monitoraggio sistematico sui contributi extra FSR congiuntamente all'Unità Operativa responsabile del progetto al fine garantire l'utilizzo efficiente ed efficace del contributo stesso. In Azienda il Servizio economico finanziario non effettua questa tipologia di monitoraggio.

Si passa ad esaminare il sottoprocesso "GESTIONE DELLE ENTRATE PROPRIE"

COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA (TICKET)

Per le prestazioni sanitarie erogate secondo le disposizioni della vigente normativa, quali ambulatoriali e di diagnostica, è prevista la partecipazione dell'assistito alla spesa (ticket) a meno che lo stesso non abbia diritto all'esenzione dal pagamento dello stesso (per motivi di reddito, età, nucleo familiare, condizione di indigenza, etc.).

Il CUP prende atto della richiesta dell'assistito, provvisto di ricetta del medico curante, e provvede a registrare la richiesta di prenotazioni per specifiche prestazioni. L'impegnativa deve contenere i dati personali dell'assistito e, in caso di esenzione dal pagamento del ticket, anche i dati relativi all'esenzione nei casi previsti dalla normativa (es. età, reddito, ecc.). L'impegnativa può contenere, sotto la responsabilità dell'assistito, l'autocertificazione relativa alla condizione di diritto all'esenzione.

Il personale del CUP verifica sul sistema l'eventuale presenza dell'assistito in anagrafica (il codice fiscale identifica univocamente l'assistito): se non si tratta di una nuova anagrafica, controlla l'eventuale esenzione dichiarata (in caso di prestazioni precedentemente erogate in regime di esenzione) ovvero aggiorna i dati in caso di sopraggiunte nuove condizioni che consentono l'esenzione dal pagamento del ticket.

Il CUP, in base alle richieste dell'assistito, ai tempi di attesa e alle disponibilità dei medici (i diversi punti di prenotazione hanno la possibilità di visualizzare a terminale gli appuntamenti e i tempi di attesa) deve provvedere ad effettuare la prenotazione e registrarla sul sistema informativo delle prenotazioni.

Il CUP conferma la prenotazione e, in caso di pagamento contestuale del ticket (se dovuto), rilascia all'utente un documento di promemoria della prenotazione che lo stesso dovrà presentare al personale sanitario prima dell'erogazione della prestazione.

In caso di prenotazione on-line, il pagamento non sarà contestuale alla prenotazione e la conferma della prenotazione (propedeutica all'erogazione della prestazione) avverrà al momento in cui l'utente presenterà allo sportello il giustificativo attestante il pagamento, ricevendo il documento di promemoria della prenotazione che presenterà al personale sanitario prima dell'erogazione della prestazione. E' prevista la possibilità dell'invio all'utente del documento di promemoria della prenotazione tramite e-mail, purché al CUP giunga l'attestazione del pagamento (ove dovuto).

Ad ogni modo non sarà eseguita alcuna prestazione prima del pagamento del ticket (se dovuto).

L'importo del ticket è fissato in funzione del tipo di prestazione ed il personale del CUP non è abilitato alla modifica. L'assistito può effettuare il pagamento del ticket in contanti, mediante POS, conto corrente postale, ovvero mediante accredito al conto corrente bancario dell'Azienda.

Il CUP provvede a comunicare alle diverse strutture il Piano delle prenotazioni con tutti gli appuntamenti fissati.

Il CUP deve stampare dal sistema delle prenotazioni due ricevute:

- una per il cliente
- una per il Servizio Economico Finanziario (la ricevuta in oggetto viene anche inviata online – tramite PEC)

La ricevuta deve riportare il nome dell'assistito, il tipo di prestazione e la modalità di pagamento utilizzata.

In Azienda la procedura è correttamente applicata.

CHIUSURA DEL TURNO DI CASSA

Al termine del turno giornaliero, il personale delle casse CUP è responsabile del controllo e della conta dei contanti incassati, prima della consegna delle somme al Servizio di vigilanza. Nell'incasso sono compresi eventuali riscossioni di ticket per erogazione di prestazioni "non urgenti" (codici bianchi e codici verdi) da Pronto Soccorso, quindi privi di prenotazione (le distinte degli incassi devono contenere anche tali importi con l'indicazione della provenienza dell'incasso da Pronto Soccorso).

Il personale alle casse CUP, per poter realizzare la chiusura del turno di cassa, deve inserire nel sistema informativo l'importo del contante; in caso di disallineamento tra quanto dichiarato dal personale rispetto a quanto registrato dal sistema, il turno di cassa non può essere chiuso, in attesa di un ulteriore versamento.

Il personale delle casse CUP è responsabile delle eventuali somme mancanti rispetto a quanto dichiarato.

Oltre alla conta dei contanti, il personale delle casse deve procedere alla verifica delle somme incassate mediante POS, o altre forme di pagamento, e riconciliare tutti gli scontrini relativi agli incassi da ticket.

Il personale delle casse CUP provvede a rilasciare la distinta riepilogativa del registro di cassa corrispondente alle somme consegnate all'Istituto di Tesoriere e una copia della distinta deve essere inviata al Servizio Economico Finanziario (copia cartacea e copia telematica inviata tramite PEC).

La ricevuta inviata al Servizio Economico Finanziario certifica la quadratura tra quanto incassato e quanto versato all'Istituto Tesoriere (l'incasso tramite POS è certificato dalle ricevute di pagamento)

Alla ricezione delle somme, l'Istituto Tesoriere deposita le somme sul conto corrente dell'Azienda, provvedendo a darne comunicazione al Servizio Economico Finanziario.

In Azienda, al termine del turno giornaliero, l'incasso viene depositato in cassaforte e le somme vengono consegnate al Servizio di vigilanza due volte a settimana.

La distinta riepilogativa del registro di cassa corrispondente alle somme consegnate all'Istituto di Tesoriere viene inviata al Servizio Economico- Finanziario in copia cartacea.

EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

L'UO erogante la prestazione, in base al piano delle prenotazioni ricevuto dal CUP, con tutti gli appuntamenti fissati, eroga la prestazione, previa verifica della presenza della ricevuta di pagamento del ticket presentata dall'assistito (ove dovuto).

All'atto della erogazione della prestazione, il personale addetto alla accettazione dei pazienti registra sul gestionale l'erogazione della prestazione.

A fine giornata, il personale sanitario aggiorna il piano delle prenotazioni, effettuando le necessarie riconciliazioni sul gestionale, evidenziando le prestazioni erogate, e lo consegna all'Ufficio CUP, insieme alle impegnative presentate dai pazienti.

In Azienda, a fine giornata il personale sanitario non aggiorna il piano delle prenotazioni, non effettua le necessarie riconciliazioni sul gestionale né evidenzia le prestazioni erogate.

L'erogazione della prestazione non viene registrata sul gestionale. La prestazione si considera erogata al momento del pagamento.



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

Nell'ipotesi in cui, effettuato il pagamento, la prestazione non viene erogata, sarà cura del paziente richiedere il rimborso all'Azienda, previa dichiarazione da parte dello specialista della mancata erogazione della prestazione.

RICONCILIAZIONE PAGATO/EROGATO

Il CUP riceve giornalmente dal personale sanitario l'aggiornamento del piano delle prenotazioni con l'indicazione delle prestazioni erogate rispetto alle prenotazioni confermate (eventuali prenotazioni per cui non è stato effettuato il pagamento del ticket non vengono confermate a sistema).

Il CUP provvede a verificare la corrispondenza tra le visite prenotate a sistema, le prestazioni erogate, le impegnative e gli incassi ricevuti.

In caso di mancata riconciliazione, le eventuali divergenze riscontrate sono analizzate con il personale della struttura. In tal caso, il CUP provvede ad effettuare le necessarie rettifiche sul gestionale.

Il CUP invia l'esito dell'attività di riconciliazione al Servizio Economico Finanziario per consentire l'iscrizione del ricavo sui conti dedicati.

Il Servizio Economico Finanziario riceve dal CUP la distinta con le prestazioni confermate, nonché eventuali prestazioni non urgenti erogate dal Pronto Soccorso per le quali l'assistito ha provveduto al pagamento del ticket; tale distinta contiene anche il riepilogo degli incassi, con allegate le ricevute e gli scontrini per gli incassi realizzati mediante POS. Il Servizio Economico Finanziario verifica la corrispondenza degli importi con quanto risultante dalla stampa riepilogativa e gli eventuali accrediti sul conto corrente postale / bancario dell'Azienda. Successivamente, procede ad effettuare la verifica di tali documenti con le schede di riconciliazione trasmesse dal CUP.

L'Ufficio Economico Finanziario rileva in contabilità generale gli incassi da ticket, effettuando scritture contabili differenti a seconda della modalità di pagamento scelta dall'assistito.

Il Servizio Economico Finanziario, ricevuta comunicazione da parte dell'Istituto Tesoriere dell'avviso di accredito delle somme su conti bancari transitori, provvede a verificare la corrispondenza tra la distinta riepilogativa ricevuta dalle casse CUP rispetto alle comunicazioni di incasso pervenute e a rilasciare apposita reversale di incasso all'Istituto Tesoriere.

Il Servizio Economico Finanziario deve conservare ed archiviare le reversali di incasso inviate all'Istituto di Credito, assieme all'avviso di accredito delle somme liquidate sul conto dei sospesi e alla ricevuta di chiusura del conto cassa a sistema ricevuta dalle Casse CUP.

In Azienda, a fine giornata il personale sanitario non aggiorna il piano delle prenotazioni, non effettua le necessarie riconciliazioni sul gestionale né evidenzia le prestazioni erogate. L'erogazione della prestazione non viene registrata sul gestionale. La prestazione si considera erogata al momento del pagamento. Nell'ipotesi in cui, effettuato il pagamento, la prestazione non viene erogata, sarà cura del paziente richiedere il rimborso all'Azienda, previa dichiarazione da parte dello specialista della mancata erogazione della prestazione.

RILEVAZIONE RICAVI

Il Servizio Economico Finanziario riceve dal CUP le schede riconciliate e provvede a realizzare le scritture di contabilizzazione dei ricavi per le prestazioni erogate. Analogamente il Servizio Economico Finanziario provvede a realizzare le scritture di contabilizzazione dei ricavi per le prestazioni erogate dal Pronto Soccorso in condizione di "non urgenza".

Trimestralmente, l'Ufficio Economico Finanziario deve chiedere un report di sintesi alle casse CUP, contenente i dati relativi agli incassi da prestazione (medico, paziente, tipo di prestazione e importo pagato) e verifica la corrispondenza con i dati registrati sul sistema contabile.

In Azienda Il Servizio Economico Finanziario riceve dal Cup la distinta riepilogativa del registro di cassa corrispondente alle somme consegnate all'Istituto di Tesoriere.

Il Servizio Economico Finanziario provvede a realizzare le scritture di contabilizzazione dei ricavi per le prestazioni pagate. Analogamente il Servizio Economico Finanziario provvede a realizzare le scritture di contabilizzazione dei ricavi per le prestazioni erogate dal Pronto Soccorso in condizione di "non urgenza".

RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE IN REGIME DI INTRAMOENIA

Il medico che intende avvalersi della possibilità di svolgere attività libero professionale deve essere autorizzato dalla Direzione aziendale in base a quanto previsto dal regolamento ALPI vigente.

Le prestazioni in regime di intramoenia possono essere erogate presso le strutture aziendali (intramoenia ambulatoriale) o presso gli studi professionali privati dei medici (intramoenia allargata o extramoenia).

Nel caso di intramoenia allargata, l'Ufficio Aziendale per l'attività di libera professione, dopo aver ricevuto il modulo di autorizzazione ad esercitare prestazioni firmato dal Direttore Sanitario, procede a consegnare al medico autorizzato un blocco di ricevute intestate all'Azienda da utilizzare nei casi di pagamento non effettuato direttamente agli sportelli CUP.

L'erogazione delle prestazioni in regime di ALPI è stabilita dall'assistito all'atto della prenotazione della prestazione. Il CUP, in base alla disponibilità dei medici (giorni ed orari), deve provvedere ad effettuare la prenotazione ed registrarla sul sistema informativo delle prenotazioni.

Il CUP conferma la prenotazione al momento dell'incasso della tariffa della prestazione (tramite contanti, POS, con accredito su conto corrente bancario/postale). Il CUP rilascia all'assistito un documento di promemoria della prenotazione che questi dovrà presentare al personale sanitario prima dell'erogazione della prestazione.

In caso di prenotazione on-line, il pagamento non sarà contestuale alla prenotazione e la conferma della prenotazione (propedeutica all'erogazione della prestazione) avverrà al momento in cui l'utente presenterà allo sportello il giustificativo attestante il pagamento, ricevendo il documento di promemoria della prenotazione che presenterà al personale sanitario prima dell'erogazione della prestazione. E' prevista la possibilità dell'invio all'utente del documento di promemoria della prenotazione tramite e-mail, purché al CUP giunga l'attestazione del pagamento.

L'importo della prestazione è fissato in funzione alle tariffe dichiarate dal medico in sede di rilascio autorizzazione ad operare in regime di Intramoenia.

Settimanalmente l'ufficio prenotazioni comunica, tramite stampa da sistema sottoscritta e timbrata, ad ogni singolo medico la lista delle prenotazioni e consegna una copia delle ricevute di incasso.

Ai ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie erogate in regime di intramoenia ambulatoriale si applica la stessa procedura già descritta per la "Compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket)".

Rispetto alla procedura descritta la intramoenia allargata è stata abrogata dalla Legge Balduzzi. La extramoenia è possibile soltanto se lo specialista rinuncia al rapporto di esclusività

8 IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

L'**individuazione** e la conseguente **programmazione** di misure per la prevenzione della corruzione rappresentano il "cuore" del PTPCT: tutte le attività dall'analisi del contesto alla valutazione del rischio precedentemente effettuate sono propedeutiche alla identificazione e progettazione delle **misure** che rappresentano, quindi, la parte fondamentale del PTPCT di questa amministrazione.

Le MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO possono definirsi:

- ✓ Generali: che si caratterizzano per la capacità di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in modo trasversale sull'intera amministrazione o ente
- ✓ Specifiche: che si caratterizzano per il fatto di incidere su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio e pertanto devono essere ben contestualizzate rispetto all'amministrazione di riferimento. Entrambe le tipologie di misura sono utili a definire la strategia di prevenzione della corruzione in quanto agiscono su due diversi livelli: complessivamente sull'organizzazione e in maniera puntuale su particolari rischi corruttivi.

Alla luce di tutto quanto sopra vengono individuate le seguenti MISURE DEL TRATTAMENTO DEL RISCHIO SPECIFICHE:

- 1. implementazione delle 9 (nove) procedure amministrativo-contabili di cui al DCA n.ro 33 del 08/03/2016, recepito dall'ASP di Crotone con delibera n. 118 del 22/03/2016;**
- 2. RIMOZIONE CRITICITA' SISTEMA SEC-SISR come da relazione prot. n.ro 19119 del 28/04/2022 a firma del Responsabile della Transizione Digitale;**
- 3. DIGITALIZZAZIONE dei PROCESSI CLINICI;**
- 4. DIGITALIZZAZIONE PROCESSI AMMINISTRATIVO-CONTABILI;**
- 5. AGGIORNAMENTO SCHEDE TRATTAMENTO di cui al § 13 del P.T.P.C.T. 2021-23.**



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

DIGITALIZZAZIONE PROCESSI CLINICI

Il progetto di digitalizzazione dei **processi clinici** è stato inserito nel PNRR M6.C2 - 1.1.1. "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II)". Nelle more dell'approvazione del PIANO sopra richiamato, sarebbe opportuno parametrizzare e portare a regime l'utilizzo dei macro-componenti "sanitari" presenti nel SEC-SISR:

Sistema SEC-SAN - Componenti Sanità

- componente Gestione Ricettari;
- componente Pianificazione Farmacie;
- componente Gestione Indennizzi;
- componente Gestione Dispositivi Medici;
- componente Accreditamento e Controllo di Qualità;
- componente Gestione ECM;
- Anagrafe e Gestione Zootecnica;

Sistema SEC-REP - Registri di Patologia

- componente Registro Diabete;
- componente Registro Cause di morte;
- componente di Registro Tumori della Popolazione della Regione Calabria;
- componente Registro Malattie Rare;

DIGITALIZZAZIONE PROCESSI AMMINISTRATIVO-CONTABILI

Alla luce dell'analisi del contesto sopra riportata, è indispensabile ripensare al modello adottato dall'azienda con **delibera n.ro 359 del 10/08/2018** "Sistemi Informativi/Informatici Aziendali: Competenze, Responsabilità e Procedure Amministrative e Contabili". L'attuazione delle procedure amministrativo contabili di cui al DCA n.ro 33 del 08/03/2016 propedeutiche al raggiungimento degli obiettivi del PAC regionale (DPGR n. 96/2013 e ss.mm.ii., DCA n. 212/2018 e DCA n. 68/2020) non può prescindere dalla effettiva digitalizzazione dei processi interni a questa amministrazione.

E' pertanto necessario procedere alla reingegnerizzazione dei processi principali (*gestione del ciclo attivo, gestione del personale, gestione del magazzino, gestione del patrimonio, gestione degli inventari, gestione della mobilità sanitaria e partite infra gruppo, gestione del contenzioso, gestione delle rilevazioni numerarie e gestione delle chiusure contabili*) ed alla definizione dei relativi REGOLAMENTI.

Il **Piano aziendale dei centri di rilevazione per la contabilità analitica**, adottato con delibera n.ro 66 del 07/03/2017, dovrebbe essere allineato alle Linee guida regionali e nazionali, in termini di Piano dei Centri di Costo e Piano dei fattori Produttivi, tenuto conto di quanto previsto a tal proposito dal Programma operativo 2016-2018, approvato con DCA 119 del 4 novembre 2016.

Si ritiene altresì indispensabile procedere alla riprogettazione del **modello di controllo di gestione e di reporting direzionale**, con conseguente redazione del relativo **manuale di contabilità analitica** a cura di personale con adeguata preparazione manageriale e professionale.

AGGIORNAMENTO SCHEDE TRATTAMENTO di cui al § 13 del P.T.P.C.T. 2021-23.

La mappatura dei processi e l'analisi dei possibili eventi corruttivi nelle aree di rischio sono stati esposti nelle "Schede di Trattamento del rischio per Unità Organizzativa" allegate al PTPC 2021-23 per formarne parte integrale e sostanziale. I processi elencati nelle citate Schede non rappresentano un elenco chiuso e definitivo, ma sono in continuo divenire in relazione ad una sempre più analitica e approfondita descrizione dei processi nei cicli annuali di gestione dei rischi corruttivi. Infatti, solo tramite i vari approfondimenti gradualmente sarà possibile aggiungere, nelle annualità che si susseguiranno, elementi nuovi ed utili a raggiungere la completezza della descrizione dei processi.

MONITORAGGIO

Al trattamento dovrà seguire **un'attività continuativa di verifica**, finalizzata a garantire un'efficace strategia di prevenzione della corruzione:

- ✓ sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- ✓ sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio. L'attività di monitoraggio non coinvolge soltanto il RPCT, ma interessa i referenti, laddove previsti, i dirigenti e gli OIV, o organismi con funzioni analoghe, che concorrono, ciascuno per i propri profili di competenza, a garantire un supporto al RPCT. Si possono prevedere sistemi di monitoraggio su più livelli (nelle amministrazioni di grandi dimensioni o con un elevato livello di complessità), in cui
- ✓ il primo livello è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure
- ✓ secondo livello in capo al RPCT

PARTE II

LE MISURE GENERALI

Per il trattamento del rischio si possono applicare misure generali e specifiche. Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione; le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su rischi specifici non neutralizzabili con il ricorso a misure generali. Pur traendo origine da presupposti diversi, sono entrambe importanti ai fini della definizione complessiva della strategia di prevenzione della corruzione.

Le misure generali che questa Amministrazione è tenuta a programmare nel PTPCT e sono quelle illustrate nella Parte III del PNA 2019-2021.

Segue una breve descrizione dello stato di attuazione di tali misure così come risultante dagli esiti dell'ultimo monitoraggio, con l'indicazione, ove possibile, della programmazione per il successivo triennio di riferimento.

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Approvati con delibera n. 754 del 22/11/2021 i programmi specifici dei corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza già inseriti a catalogo nel Piano di formazione aziendale di cui alla delibera n.ro 101 del 31/03/2021; organizzati incontri formativi-informativi con i componenti del gruppo operativo di supporto.

IN PROGRAMMA: ESECUZIONE CORSI DI FORMAZIONE

INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI

Predisposto Modello di dichiarazione su insussistenza cause di inconferibilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali – ANNO 2022.

MISURE DI DISCIPLINA DEL CONFLITTO D'INTERESSE

Diramata circolare prot. n.ro 16551 del 09/04/2022 "CONFLITTO DI INTERESSI IN AMBITO SANITARIO".

IN PROGRAMMA: adozione Regolamento per prevenire, individuare e risolvere eventuali conflitti d'interesse, aggiuntivo rispetto a quanto previsto dal Codice di comportamento e dal Codice di etico vigenti.

CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI

IN PROGRAMMA: monitoraggio "Regolamento in materia di espletamento incarichi extra-istituzionali ai sensi ex art. 53 d.lgs. n. 165/2001", adottato con delibera 179 del 12/05/2017 e modificato con delibera n. 81 del 04.03.2019.

TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA LA GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)

La "Procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità" (Whistleblowing policy) è attiva al link <https://www.asp.crotone.it/index.php?id=580> accessibile dalla sezione AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE.

CODICE COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI

IN PROGRAMMA: Monitoraggio del Codice di comportamento ed etico dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, aggiornato con delibera del Direttore Generale F.F. n.ro 65 del 14 agosto 2020 e predisposizione dell'archivio delle condotte illecite accertate e sanzionate a cura dell'UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD).

PARTE III LA MISURA DELLA TRASPARENZA.

La risorsa addetta all'Ufficio Trasparenza affianca il R.P.C.T e, tenendo conto di quanto previsto nell'allegato A del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016, gestisce la sezione "Amministrazione trasparente" articolata in sottosezioni di primo e di secondo livello corrispondenti a tipologie di dati da pubblicare. Gli obblighi di pubblicazione sono quelli previsti dalla Delibera A.N.A.C. n. 1310 del 28 dicembre 2016 e nel PTPCT 2020-22 approvato con deliberazione del Commissario Straordinario n. 011 del 31/01/2020, a cui si rimanda integralmente.

ALLEGATI

- n.ro 9 procedure amministrativo-contabili di cui al DCA n.ro 33 del 08/03/2016;
- relazione prot. n.ro 19119 del 28/04/2022 del Responsabile della Transizione Digitale;
- Rappresentazione delle funzioni, dei macro-processi e dei processi
- schede trattamento di cui al § 13 del P.T.P.C.T. 2021-23 aggiornate.

*Il Responsabile della Prevenzione della
Corruzione e della Trasparenza (RPTC)*
Ing. Ivan Giuseppe Solano