

| n° processo | Dipartimento/ Area | Area/Unità Operativa | Descrizione del processo o attività a rischio corruzione | Responsabile interno del processo | SOGGETTI esterni o interni dai quali proviene l'INPUT ad avviare il processo (cittadini, società private, associaz. cooperat. fondaz., Regione, Comuni, Forze dell'ordine, altro Ente pubblico, direzione az., altra struttura az., altro) | VINCOLI normativi e procedurali (leggi nazionali e regionali, delibere DG e determine dirigenziali, istanze presentate da esterni) | Oggetto/risultato del processo (Output) | SOGGETTI esterni o interni ai quali è destinato l'OUTPUT (cittadini, società private, associaz. cooperat. fondaz., Regione, Comuni, Forze dell'ordine, altro Ente pubblico, direzione az., altra struttura az., altro) | ATTI con i quali si conclude il processo (delibera, determina, contratto, convenzione, lettere direzione, inserimento in proc. informatiche, altro) | Livello di interesse esterno | Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA | Manifestazioni e di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata | Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale) | Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano | Grado di attuazione delle misure di trattamento | Grado di rischio "alto" "medio" "basso" | MISURE preventive del rischio corruttivo | obiettivi di prevenzione della corruzione | standard degli obiettivi di prevenzione della corruzione | MISURE di trasparenza | obiettivi di trasparenza | standard degli obiettivi di trasparenza | MONITORAGGIO II SEMESTRE 2024 | CRITICITA' RILEVATE |
|-------------|---------------------|----------------------|---|---|--|---|--|--|---|------------------------------|---|--|---|---|---|---|--|---|---|--|--|--|--|---------------------|
| 1 | SdS/ZD Lunigiana | Direzione SDS | Predisposizione ed autorizzazione mandati di pagamento. Il rischio è connesso all'emissione di mandati di pagamento a favore di un fornitore, che seppur legalmente dovuti, non tengono conto delle regole procedurali stabilite in materia per l'anzianità del credito | Direttore Sds Lunigiana Dott. Marco Formato | sogetti esterni/fornitori e cittadini | Legge regionale n.40/2005 e s.mi, Legge Regionale n.66/2008 e s.mi, delibera GRT n.431/2013 e delibera GRT n.909/2017 e s.mi | pagamento fatture/notule e contributi | sogetti esterni (cittadini, associazioni, società private ecc) | decreto/ mandato | Alto | medio | nessuno | bassa | alto | alto | medio | controllo sulla liquidazione in base all'anzianità del credito | rispetto dell'ordine cronologico | liquidazione nel rispetto dell'ordine cronologico almeno del 95% su un campione semestrale (5%) | report attività di controllo | inviare report al RPCT alla scadenza | 2 report annuali | E' stato effettuato il monitoraggio attività 2° semestre 2024 come risulta da relazione a cura titolare P.O conservata agli atti | nessuna |
| 2 | SdS/ZD Lunigiana | SdS/ZD Lunigiana. | Gestione cassa economale. Il rischio potrebbe essere correlato ad una irregolare gestione della cassa economale dovuta ad utilizzo dei fondi in maniera difforme da quanto stabilito nel regolamento della cassa economale | Direttore Sds Lunigiana Dott. Marco Formato | sogetti esterni/cittadini | Legge regionale n.40/2005 e s.mi e regolamento di contabilità della SdS | erogazione di un beneficio economico | Soggetto esterno/cittadino | decreto dirigenziale | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | controllo su conformità al regolamento vigente sulla cassa economale | erogazione del contributo in modo oggettivo e conforme con doppia firma di responsabilità | 100% | report attività di controllo | inviare report al RPCT alla scadenza | 2 report annuali | E' stato effettuato il monitoraggio attività 2° semestre 2024 come risulta da relazione a cura titolare P.O conservata agli atti | nessuna |
| 3 | SdS/ZD Lunigiana | SdS/ZD Lunigiana. | conferimento incarichi vari a tempo determinato e assunzione di personale. Il rischio potrebbe essere connesso al mancato rispetto delle disposizioni al fine di privilegiare un candidato rispetto ad un altro ed ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Direttore Sds Lunigiana Dott. Marco Formato | Direzione/sogetto interno | Dlgs 165/2001 e sue modifiche CCNL,normativa specifica di settore | conferimento incarico/assunzione | Cittadino/direzione SDS | Decreto Direttore/delibera Giunta/contratto | Alto | medio | nessuno | bassa | alto | alto | medio | verifica dei requisiti previsti dal CCNLdalla normativa specifica e dell'avvenuta comparazione/ valutazione dei curricula in presenza di più candidati | regolarità e legittimità del conferimento | acquisizione della documentazione prevista per conferimento incarico 100% | dati comunicati su PERLAPA e sul sito della SdS portale amministrazione trasparente | conoscenza dei criteri applicati | 2 report semestrali | verificata la pubblicazione | nessuna |
| 4 | Sanità Territoriale | UF.Cure Primarie | Valutazione multidimensionale/percorso assistenziale persone non autosufficienti. Percorso non appropriato al bisogno al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F. Cure Primarie Dr Amedeo Baldi | sogetto esterno | Legge regionale n.66 del 2008 e s.mi | valutazione per erogazione di prestazione/intervento | sogetto esterno/cittadino | progetto assistenziale personalizzato (Pap) | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Rotazione degli operatori | Rotazione degli operatori, verifiche andamento piani assistenziali,rivalutazioni periodiche, formazione e diffusione codice etico | Rotazione annuale degli operatori, formazione specifica 1 incontro all'anno | Publicazione dei Provvedimenti adottati in forma anonima sul sito della SdS/Zona | garantire la pubblicazione dei dati | pubblicazione entro 60 giorni dall'adozione dell'atto | E' stato effettuato il monitoraggio attività 2° semestre 2024 come risulta da relazione a cura del Responsabile della U.F. | nessuna |
| 5 | Sanità Territoriale | UF.Cure Primarie | Cure domiciliari valutazioni (ADL,ADP). Percorso non appropriato al bisogno al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F. Cure Primarie Dr Amedeo Baldi | sogetto esterno (MMG/cittadino) | CC.NN.LL dei MMG e PLS, PSSIR, normativa su accreditamento cure domiciliari | valutazione per erogazione di prestazione/intervento | sogetto esterno/cittadino | piano assistenziale individualizzato (PAI) | alto | basso | nessuno | bassa | alto | alto | medio | Rotazione degli operatori | Rotazione degli operatori, verifiche andamento piani assistenziali,rivalutazioni periodiche, formazione e diffusione codice etico | Rotazione semestrale degli operatori,5% di verifiche su PAI autorizzati nell'anno | condivisione del progetto assistenziale con il cittadino/utente e/o famiglia | condivisione del piano assistenziale al momento dell'erogazione e del Servizio | 80% | il Responsabile U.F ha dichiarato che sono state effettuate le verifiche domiciliari | nessuna |
| 6 | Sanità Territoriale | UF.Cure Primarie | Cure intermedie -valutazioni. Percorso non appropriato al bisogno al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F. Cure Primarie Dr Amedeo Baldi | sogetto esterno (MMG/cittadino, Presidi Ospedalieri) | Delibera GRT n.431/2013 e Delibera GRT n.909/2017 e s.mi | valutazione per erogazione di prestazione/intervento | sogetto esterno (cittadino,Strutture private, Presidi Ospedalieri) | piano assistenziale individualizzato (PAI) | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Rotazione degli operatori | Rotazione degli operatori, verifiche andamento piani assistenziali,rivalutazioni periodiche, formazione e diffusione codice etico | Rotazione degli operatori 1 volta l'anno | condivisione del progetto assistenziale con il cittadino/utente e/o famiglia | condivisione del piano assistenziale al momento dell'erogazione e del Servizio | 80% | Ogni progetto è stato condiviso come risulta dalla sottoscrizione dello stesso e conservato agli atti d'ufficio a cura del responsabile del procedimento | nessuna |
| 7 | Sanità Territoriale | UF.Cure Primarie | Assistenza specialistica nota 1*). Accettazione non equa e appropriata al fine favorire un utente rispetto ad altro utente ricevendo vantaggi o compensi non dovuti. Eroare la prestazione senza far pagare il ticket all'utente | Responsabile U.F. Cure Primarie Dr Amedeo Baldi | sogetto esterno,MMG,cittadino | CC.NN.LL dei MMG e PLS, PSSIR, Delibera Direttore generale n. 709/2017, DGRT 476/18, DGRT 750/18 e s.mi | erogazione servizi specialistici | sogetti esterni | prescrizione medica | alto | basso | nessuno | bassa | alto | alto | medio | passaggio attraverso procedura automatizzata. Attività di controllo retro sportello su eseguito e accettato | Informatizzazione degli ambulatori,aumento offerta | 100% | Comunicazione sul sito aziendale tempi di attesa | Publicazione e delle liste di attesa indicate da disposizioni regionali | 100% | E' stata verificata la pubblicazione delle liste di attesa su sito aziendale | nessuna |
| 8 | Sanità Territoriale | UF.Cure Primarie | Rilascio certificazioni medico legali alla persona/autorizzazioni. Il rischio è connesso al rilascio di certificazioni in mancanza di requisiti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F. Cure Primarie Dr Amedeo Baldi | sogetto esterno cittadino,MMG | RD n.773/1931, Dlgs. 360/93,DPR 495/92,DPR 757/94,Dlgs 285/92,DL. 472/99,DM 28/04/98,DPR 431/97,DM 08/01/85 e art.95 del TU n.570,L.104/92, L.284/89,L.837/56, DPR 560/60,L.15/91,L.1204/71,L. 88/58,D.lgs n.124/98,DMS 321/01 e loro s.m.i | rilascio certificazioni | sogetti esterni cittadino | certificazione / autorizzazioni | alto | basso | nessuno | bassa | alto | alto | medio | Affiancamento operatore amministrativo a medico, verifiche periodiche, utilizzo di protocollo per certificazioni ZTL ed adozioni internazionali e trasmissione report al Responsabile prevenzione Corruzione | riduzione del grado di rischio attraverso controlli semestrali | Affiancamento operatore amministrativo al medico per rilascio patenti di guida. Due controlli annuali | Identificazione operatore che ha rilasciato il certificato ed invio alle Autorità competenti(Motorizzazione, Questura, Comuni) | Trasmissione certificati come da normativa vigente | 100% | Effettuato il monitoraggio come da relazione conservata agli atti d'ufficio | nessuna |
| 9 | Sanità Territoriale | UF.Cure Primarie | Vaccinazioni * Nota 2. Il Rischio è connesso all'effettuazione di prestazioni a non aventi diritto per ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F. Cure Primarie Dr Amedeo Baldi | sogetto esterno cittadino | Legge n.119/2017 e calendario regionale e s.mi | erogazione prestazione vaccinazione | sogetti esterni | Certificati/ Attestazioni | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Monitoraggio periodico mediante controlli a campione del registro delle attività e registro di carico e scarico | controlli | 5% controlli sulle prestazioni effettuate | Inserimento dei nominativi degli operatori su applicativo regionale delle vaccinazioni eseguite | Inserimento nell'applicativo entro 15 gg da esecuzione della prestazione | 100% | Prestazioni caricate su SISPCI | nessuna |
| 10 | Sanità Territoriale | UF.Cure Primarie | Presenza in carico del paziente nel percorso di continuità assistenziale Ospedale -territorio (ACOT/COT).Il rischio è connesso all'attivazione del percorso in mancanza requisiti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti. | Referente ACOT/ZDL Dr.ssa Maria Teresa Petrolo | Ospedale, MMG | DGRT n.1010/2008 DGRIn.370/2010 DGRIn. 431/2013 e s.mi e DGRTn.679/2016 e s.mi,DGRT 995/2018 e s.mi | erogazione prestazioni/intervento | sogetti esterni (utente e strutture private) | piano assistenziale individualizzato | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | il rischio legato alla concessione di un beneficio non appropriato è minimo in quanto la valutazione è multidisciplinare con la presenza di diverse figure professionali | rotazione degli operatori | rotazione degli operatori una volta l'anno | Inserimento dati su applicativo aziendale | Inserimento entro 48/72 ore | 100% | Effettuato il monitoraggio ed implementato applicativo informatico aziendale | nessuna |
| 11 | SdS/ZD Lunigiana | U.F.Cure Palliative | Presenza in carico del paziente nella rete delle cure palliative con redazione di un Piano terapeutico individuale. Il rischio è connesso all'attivazione del percorso in mancanza dei requisiti previsti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F.Cure Palliative Dr.ssa Antonella Battaglia | sogetto esterno/MMG /specialista | Legge Nazionale n. 38/2010 e s.mi, DGRT n. 199/2014 e s.mi | erogazione prestazioni/intervento | sogetto esterno/cittadino | relazione clinica/cartelle e ADI | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Condivisione del PTPCT (Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza/PAO) con il personale afferente alla U.F. al fine di diffondere la cultura dell'etica e della legalità | contenimento potenziale rischio | relazione semestrale e invio al RPCT | condivisione del processo con MMG e con il responsabile COT | verifica da parte del Responsabile UF della redazione della relazione clinica di presa in carico | 100% delle relazioni cliniche di presa in carico verificate da parte del Responsabile UF | La Responsabile ha verificato le relazioni cliniche attestando il rispetto dello standard come da relazione agli atti | nessuna |

| n° processo | Dipartimento/ Area | Area/Unità Operativa | Descrizione del processo o attività a rischio corruzione | Responsabile interno del processo | SOGGETTI esterni o interni dai quali proviene l'INPUT ad avviare il processo (cittadini, società private, associaz. cooperat. fondaz., Regione, Comuni, Forze dell'ordine, altro Ente pubblico, direzione az., altra struttura az., altro) | VINCOLI normativi e procedurali (leggi nazionali e regionali, delibere DG e determinie dirigenziali, istanze presentate da esterni) | Oggetto/risultato del processo (Output) | SOGGETTI esterni o interni ai quali è destinato l'OUTPUT (cittadini, società private, associaz. cooperat. fondaz., Regione, Comuni, Forze dell'ordine, altro Ente pubblico, direzione az., altra struttura az., altro) | ATTI con i quali si conclude il processo (delibera, determina, contratto, convenzione, lettere direzione, inserimento in proc. informatiche, altro) | Livello di interesse esterno | Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA | Manifestazioni e di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata | Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale) | Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano | Grado di attuazione delle misure di trattamento | Grado di rischio "alto" "medio" "basso" | MISURE preventive del rischio corruttivo | obiettivi di prevenzione della corruzione | standard degli obiettivi di prevenzione della corruzione | MISURE di trasparenza | obiettivi di trasparenza | standard degli obiettivi di trasparenza | MONITORAGGIO II SEMESTRE 2024 | CRITICITA' RILEVATE |
|-------------|--------------------|-----------------------|---|---|--|---|---|--|---|------------------------------|---|--|---|---|---|---|--|---|--|--|---|---|---|---------------------|
| 12 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Cure Palliative | Redazione piano terapeutico per uso cannabis medica. Il rischio è connesso alla redazione di un Piano non appropriato al fine di ottenere vantaggi e compensi | Responsabile U.F Cure Palliative Dr.ssa Antonella Battaglia | soggetto esterno/MMG /specialista | D.M.S. 09 novembre 2015 e smi, LRT . 18/2012 e smi | erogazione prestazioni/intervento | soggetto esterno/cittadino | piano terapeutico | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Condivisione del PTPCT (Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza/PIAO) con il personale afferente alla U.F. al fine di diffondere la cultura dell'etica e della legalità | appropriatezza piano terapeutico, che viene ulteriormente verificata dall'U.O. Farmaceutica Ospedaliera | relazione semestrale e invio al RPCT | controllo singoli piani terapeutici da parte del Responsabile UF. Successivo controllo singoli piani terapeutici da parte del Dipartimento del Farmaco | verifica da parte del Responsabile UF della appropriatezza a secondo D.M.S. 09 novembre 2015 e smi, LRT . 18/2012 | 100% dei piani terapeutici sottoposti a verifica | Standard rispettato come da relazione della Responsabile U.F. agli atti | nessuna |
| 13 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Cure Palliative | Identificazione dei pazienti con requisiti clinici di appropriatezza per l'inserimento in Hospice. Il rischio è connesso all'attivazione del percorso in mancanza dei requisiti previsti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F Cure Palliative Dr.ssa Antonella Battaglia | soggetto esterno/MMG /specialista | Legge Nazionale n. 38/2010 e smi | erogazione prestazioni/intervento | soggetto esterno/cittadino | lettera di inserimento | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Condivisione del PTPCT (Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza/PIAO) con il personale afferente alla U.F. al fine di diffondere la cultura dell'etica e della legalità | contenimento potenziale rischio | relazione semestrale e invio al RPCT | condivisione della relazione clinica autorizzativa per inserimento in Hospice con MMG/specialista ospedaliero | verifica da parte del Responsabile UF della relazione clinica autorizzativa per inserimento in Hospice | 100% delle relazioni autorizzative per inserimento in Hospice verificate da parte del Responsabile UF | Standard rispettato come da relazione della Responsabile U.F. agli atti | nessuna |
| 14 | SdS/ZD Lunigiana | U.F.SMIA | Ricovero in strutture ospedaliere. Il rischio potrebbe essere di favorire l'accesso al ricovero non rispettando i tempi delle liste di attesa e in mancanza di requisiti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti. | Responsabile U.F. SMIA Lunigiana Dr.ssa Isabella Bernazzani | soggetto interno/esterno | Legge n.833/78 e smi, Legge regionale n.40/2005 e smi | inserimento in strutture | soggetti esterni (utenti) | certificazione /prescrizione medica | alto | basso | nessuno | bassa | alto | alto | medio | Controlli del Responsabile UF.SMIA in collaborazione con i controlli di gestione per l'individuazione di eventuali anomalie ed invio del report al Responsabile anticorruzione | ricoveri appropriati al bisogno | Controllo semestrale | pubblicazione del report sul portale aziendale igea a cura delle strutture afferenti all'area programmazione e controllo (UO.BIRF) | consentire al cittadino una valutazione del processo di ricovero in strutture ospedaliere di terzo livello (es IRCCS Stella Maris, Istituto Gaslini, Meyer....) | pubblicazione report almeno 1 volta all'anno | Il Responsabile UFSMIA non ha ricevuto il Report dalla UO BIRF di riferimento. Nel secondo semestre il servizio non ha effettuato ricoveri urgenti presso centri di terzo livello | nessuna |
| 15 | SdS/ZD Lunigiana | U.F.SMIA | Ricovero in strutture residenziali. Il rischio potrebbe essere collegato alla possibilità di favorire l'ingresso dei pazienti presso una struttura specifica al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti. | Responsabile U.F. SMIA Lunigiana Dr.ssa Isabella Bernazzani | soggetto interno/ esterno (autorità giudiziaria) | Legge n.833/78 e smi, Legge regionale n.40/2005 e smi | inserimento in strutture | soggetti esterni (utenti) | decreto dirigenziali/c onvenzione | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Gestione e Controlli sugli inserimenti residenziali del Responsabile UF.SMIA in collaborazione con la Società della salute per l'individuazione di eventuali anomalie ed invio del report al Responsabile anticorruzione | ricoveri appropriati al bisogno e, in alcuni casi, in ottemperanza al mandato dell'autorità giudiziaria | controllo semestrale | condivisione del progetto terapeutico di inserimento in struttura terapeutico riabilitativa per minori con la famiglia il case manager (neuropsichiatra infantile) e l'assistente sociale di riferimento | condivisione del progetto terapeutico al momento dell'erogazione e del Servizio | 100% | Nel 2° semestre 2024 è stata disposta 1 proroga per inserimento in Comunità terapeutica a bassa intensità assistenziale e n. 7 inserimenti semiresidenziali presso ANFFAS di Massa Carrara. | nessuna |
| 16 | SdS/ZD Lunigiana | U.F.SMIA | Certificazioni per invalidità e per la Legge 104/92. Emissione di certificazioni in mancanza di requisiti al fine di favorire i famigliari del minore che in tal modo usufruirebbero del riconoscimento di benefici non appropriati. Il professionista potrebbe ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F. SMIA Lunigiana Dr.ssa Isabella Bernazzani | soggetto esterno (utente) | Legge n.18/1980 e smi, Legge 104/92, Legge n.102/2009 e s.m.i | rilascio certificazioni | soggetti esterni (utenti) | certificazione | alto | basso | nessuno | bassa | alto | alto | medio | Applicazione del protocollo stipulato con la Commissione Invaldi civili per l'identificazione delle certificazioni a rischio da segnalare al Responsabile anticorruzione ed invio semestrale di report | rilascio di certificazioni conformi alla legge e al protocollo | report semestrale | Identificazione operatore che ha rilasciato il certificato che viene consegnato al genitore ed una copia controfirmata dallo stesso viene conservata nella documentazione clinica del paziente | identificare i certificati sospetti e avviare i relativi accertamenti | 100% di certificati sospetti sottoposti a verifica | La Responsabile U.F. come da relazione agli atti, ha verificato che le certificazioni emesse (n.44) sono state rilasciate nei tempi e modalità previste dalla legge. Nessuna è risultata dubbia | nessuna |
| 17 | SdS/ZD Lunigiana | U.F.SMA | Ricovero in strutture ospedaliere private. Ricovero in mancanza dei requisiti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti. | Responsabile U.F. SMA Lunigiana Dr.ssa Maria Bianchi | soggetti esterni/ cittadino (MMG) | Legge n.833/78 e smi, Legge regionale n.40/2005 e smi | inserimento in strutture | soggetti esterni/cittadino | prescrizione medica | alto | basso | nessuno | bassa | bassa | alto | basso | Controlli del Responsabile UF.SMA ed invio del report al Responsabile anticorruzione | ricovero appropriato al bisogno | revisione flussi informativi SDO | pubblicazione del report sul portale aziendale igea a cura delle strutture afferenti all'area programmazione e controllo (UO.BIRF) | consentire al cittadino una valutazione del processo di ricovero in strutture ospedaliere private | pubblicazione report almeno 1 volta all'anno | La Responsabile ha trasmesso la relazione semestrale nella quale ha evidenziato di avere monitorato gli obiettivi e che nel semestre di riferimento sono stati effettuati 3 ricoveri in strutture ospedaliere private | nessuna |
| 18 | SdS/ZD Lunigiana | U.F.SMA | Ricovero in strutture residenziali. Ricovero in mancanza dei requisiti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti. | Responsabile U.F. SMA Lunigiana Dr.ssa Maria Bianchi | soggetti esterni cittadino/autorità giudiziari,Uf. SMA | Legge n.833/78 e smi, Legge regionale n.40/2005 e smi | inserimento in strutture | soggetti esterni | decreto dirigenziale | alto | basso | nessuno | bassa | alto | alto | medio | Controlli sugli inserimenti residenziali del Responsabile UF.SMA in collaborazione con la Società della salute per l'individuazione di eventuali anomalie ed invio del report al Responsabile anticorruzione | ricovero appropriato al bisogno | controllo semestrale | condivisione del progetto terapeutico di inserimento in struttura residenziale con il cittadino/utente e il medico psichiatra e l'assistente sociale di riferimento | condivisione del progetto terapeutico al momento dell'erogazione e del Servizio | 100% | La responsabile U.F. ha dichiarato che tali obiettivi sono stati monitorati e gli standard rispettati. Di ciò ha dato riscontro nella relazione semestrale conservata agli atti | nessuna |
| 19 | SdS/ZD Lunigiana | U.F.SMA | Certificazioni per invalidità, patenti e procedimenti medico legali. Il rischio è connesso all'emissione di certificazioni in mancanza di requisiti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F. SMA Lunigiana Dr.ssa Maria Bianchi | soggetti esterni cittadino/Medicina legale | legge 118/1971 e smi, Legge n.18/1980 e smi, Legge 104/92 e smi, Legge n.102/2009 e smi | rilascio certificazioni | soggetti esterni cittadino | certificazioni | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Applicazione del protocollo stipulato con la Commissione Invaldi civili per l'identificazione delle certificazioni a rischio da segnalare al Responsabile anticorruzione ed invio semestrale di report | rispetto del protocollo | N. di segnalazioni di certificati sospetti | Identificazione operatore che ha rilasciato il certificato ed invio agli organi competenti | identificare i certificati sospetti e avviare i relativi accertamenti | 100% di certificati sospetti sottoposti a verifica | La responsabile U.F. ha dichiarato che tali obiettivi sono stati monitorati e gli standard rispettati. Di ciò ha dato riscontro nella relazione semestrale conservata agli atti | nessuna |
| 20 | SdS/ZD Lunigiana | Direzione SRP Tiziano | Inserimento pazienti nella struttura a seguito di Piano di intervento individuale. Il rischio è connesso al ricovero in mancanza dei requisiti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti. | Dirigente Medico Responsabile della Struttura Dr.ssa Lucia Polese | soggetto interno/esterno (servizi territoriali dell'Azienda USL T.Nord ovest o da altre Aziende) | PSSIR , delibera GRT N.715/2013, L.n.9/2012 e loro s.m.i. | inserimento nella Struttura SRP Tiziano come da documentazione interna alla struttura | soggetti esterni/cittadino | lettera di dimissione | medio | basso | nessuno | bassa | alto | basso | controllo delle procedure di inserimento da parte delle figure preposte,condivisione del PTPCT /PIAO con il personale | inserimento appropriato al bisogno dell'utente | controllo semestrale mediante relazione ed invio al RPCT | condivisione del progetto terapeutico di inserimento in struttura residenziale con il cittadino/utente e con il servizio inviante psichiatra e l'assistente sociale di riferimento | condivisione del progetto terapeutico al momento dell'erogazione e del Servizio | 100% | rispetto del PTRI come da relazione semestrale del Direttore Sanitario Struttura conservata agli atti | nessuna | |

| n° processo | Dipartimento/Area | Area/Unità Operativa | Descrizione del processo o attività a rischio corruzione | Responsabile interno del processo | SOGGETTI esterni o interni dai quali proviene l'INPUT ad avviare il processo (cittadini, società private, associaz. cooperat. fondaz., Regione, Comuni, Forze dell'ordine, altro Ente pubblico, direzione az., altra struttura az., altro) | VINCOLI normativi e procedurali (leggi nazionali e regionali, delibere DG e determine dirigenziali, istanze presentate da esterni) | Oggetto/risultato del processo (Output) | SOGGETTI esterni o interni ai quali è destinato l'OUTPUT (cittadini, società private, associaz. cooperat. fondaz., Regione, Comuni, Forze dell'ordine, altro Ente pubblico, direzione az., altra struttura az., altro) | ATTI con i quali si conclude il processo (delibera, determina, contratto, convenzione, lettere direzione, inserimento in proc. informatiche, altro) | Livello di interesse esterno | Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA | Manifestazioni e di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata | Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale) | Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento o monitoraggio del piano | Grado di attuazione delle misure di trattamento | Grado di rischio "alto" "medio" "basso" | MISURE preventive del rischio corruttivo | obiettivi di prevenzione della corruzione | standard degli obiettivi di prevenzione della corruzione | MISURE di trasparenza | obiettivi di trasparenza | standard degli obiettivi di trasparenza | MONITORAGGIO II SEMESTRE 2024 | CRITICITA' RILEVATE |
|-------------|-------------------|---|--|---|--|---|---|--|---|------------------------------|---|--|---|---|---|---|--|---|---|--|---|--|---|---------------------|
| 21 | SdS/ZD Lunigiana | Direzione SRP Tiziano | Certificazioni di invalidità. Il rischio è connesso all'emissione di certificazioni in mancanza di requisiti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Dirigente Medico Responsabile della Struttura Dr.ssa Lucia Polese | soggetto esterno/cittadino ,M MG, Servizi inviati | legge 118/1971 e smi, Legge n.18/1980 e smi, Legge 104/92 e smi, Legge n.102/2009 e smi | rilascio certificazioni | soggetti esterni/cittadino | certificazioni | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | rispetto istruzioni operative interna | rilascio di certificazione oggettiva e conforme | controllo semestrale attraverso relazione da inviare al RPCT | Identificazione operatore che ha rilasciato il certificato riportante numero di protocollo, inserimento in registro cartaceo ed invio agli organi competenti | identificare i certificati sospetti e avviare i relativi accertamenti | 100% di certificati sospetti sottoposti a verifica | verifica effettuata dal Direttore della SRP Tiziano come da report semestrale conservato agli atti | nessuna |
| 22 | SdS/ZD Lunigiana | Direzione SRP Tiziano | Relazioni a servizi socio sanitari/istituzioni giudiziarie. Il rischio è connesso alla produzione di relazione attestante certificazione di disturbo psichiatrico e esiti di piani terapeutici non corrispondenti ai dati relativi all'utente al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Dirigente Medico Responsabile della Struttura Dr.ssa Lucia Polese | Azienda Sanitaria/autorità giudiziaria | PSSIR, delibera GRT N.715/2013, L.n.9/2012 e loro s.m.i. | Relazione clinica | soggetto esterno/cittadino | relazioni/ certificazioni | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | rispetto istruzioni operative interna | relazione oggettiva e conforme | controllo semestrale attraverso relazione da inviare al RPCT | Identificazione operatore che ha rilasciato le relazioni che vengono protocollate inserite in apposito registro cartaceo e trasmesse agli organi competenti | identificare le relazioni sospette e avviare i relativi accertamenti | 100% di relazioni sospette sottoposte a verifica | verifica effettuata dal Direttore della SRP Tiziano come da report semestrale conservato agli atti | nessuna |
| 23 | SdS/ZD Lunigiana | Unità Funzionale Ser.D | Certificazione stato di dipendenza abuso/certificazioni assenza stato di dipendenza. Il rischio è connesso all'emissione di certificazioni in mancanza di requisiti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F. Ser.D Dr.ssa Carolina Bianchi | soggetti esterni (cittadino/autorità) | art.125 del TU 309/90 e smi | rilascio certificazioni | soggetti esterni (cittadini, autorità) | certificazione | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Rendere obbligatorio l'utilizzo della modulistica prevista nella procedura della struttura per la richiesta di attestato e ricevuta di consegna, verifica semestrale | rilascio di certificazioni conformi alla procedura e alla modulistica | controllo del 10% sul totale delle certificazioni rilasciate nell'anno | Identificazione operatore che ha rilasciato il certificato e registrazione del certificato nella cartella HTH | identificare i certificati dubbi e avviare i relativi accertamenti | 100% di certificati dubbi sottoposti a verifica | la Responsabile U.F. ha effettuato il monitoraggio ed attestato il raggiungimento degli standard previsti in materia di trasparenza come risulta da relazione agli atti | nessuna |
| 24 | SdS/ZD Lunigiana | Unità Funzionale Ser.D | Ricovero in strutture residenziali. Il rischio è connesso al ricovero in mancanza dei requisiti previsti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti. | Responsabile U.F. Ser.D Dr.ssa Carolina Bianchi | soggetti esterni cittadino | Legge n.833/78 e smi, Legge regionale n.40/2005 e smi, Convenzioni con Comunità del gruppo CEART e smi, DPR 309/90 e smi | inserimento in strutture | soggetti esterni | decreto dirigenziale | alto | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Controlli sugli inserimenti residenziali del Responsabile U.F. Ser.D in collaborazione con la Società della salute per l'individuazione di eventuali anomalie ed invio del report al Responsabile anticorruzione | ricovero appropriato al bisogno | controllo semestrale | condivisione del progetto terapeutico di inserimento in struttura residenziale con il cittadino/utente e l'equipe multidisciplinare | condivisione del progetto terapeutico al momento dell'erogazione e del Servizio | 100% | la Responsabile U.F. ha effettuato il monitoraggio ed attestato il raggiungimento degli standard previsti in materia di trasparenza come risulta da relazione agli atti | nessuna |
| 25 | SdS/ZD Lunigiana | Unità Funzionale Ser.D | Certificazioni medico legali. Il rischio è connesso all'emissione di certificazioni in mancanza di requisiti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F. Ser.D Dr.ssa Carolina Bianchi | soggetto esterno (utente) | legge 118/1971 e smi, Legge n.18/1980 e smi, Legge 104/92 e smi, Legge n.102/2009 e smi | rilascio certificazioni | soggetti esterni/cittadino | certificazione | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Rendere obbligatorio l'utilizzo della modulistica prevista nella procedura della struttura per la richiesta di attestato e ricevuta di consegna, verifica semestrale | rilascio di certificazioni conformi alla procedura e alla modulistica | controllo del 10% sul totale delle certificazioni rilasciate nell'anno | Identificazione operatore che ha rilasciato la certificazione e registrazione della stessa nella cartella HTH | identificare le certificazioni dubbie e avviare i relativi accertamenti | 100% delle certificazioni dubbie sottoposte a verifica | la Responsabile U.F. ha effettuato il monitoraggio ed attestato il raggiungimento degli standard previsti in materia di trasparenza come risulta da relazione agli atti | nessuna |
| 26 | SdS/ZD Lunigiana | Unità Funzionale Ser.D | Relazioni a servizi socio sanitari/istituzioni giudiziarie. Il rischio è connesso alla produzione di relazione attestante certificazione stato dipendenza/abuso e esiti di piani terapeutici non corrispondenti ai dati utente al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F. Ser.D Dr.ssa Carolina Bianchi | soggetti interni (Servizi) ed esterni (istituzioni giudiziarie) | Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale Toscano n. 73 del 09 Ottobre 2019 e smi | Relazione | soggetti Interni/esterni | Relazione | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Verifica attraverso SIRT (Cartella Elettronica del Ser.D) della produzione di relazioni/attestati e relazione semestrale da trasmettere al Responsabile anticorruzione | corrispondenza delle relazioni con il percorso del paziente verificabile attraverso la cartella | controllo del 10% | Identificazione operatore che ha rilasciato la relazione e registrazione della stessa nella cartella HTH | identificare le relazioni dubbie e avviare i relativi accertamenti | 100% delle relazioni dubbie sottoposte a verifica | la Responsabile U.F. ha effettuato il monitoraggio ed attestato il raggiungimento degli standard previsti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza come risulta da relazione agli atti | nessuna |
| 27 | SdS/ZD Lunigiana | U.F. Attività Consultoriali | Certificazioni di gravidanza patologica. Il rischio è connesso all'emissione di certificazioni in mancanza di requisiti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F. Attività Consultoriali Dr.ssa Maria Paola Mori | soggetto esterno cittadino | legge n.151/2001 e ss.mm.ii | rilascio certificazioni | soggetti esterni cittadini | certificazioni | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | medio | rotazione degli operatori ove possibile, conoscenza e diffusione codice etico, invio semestrale report | Controllo semestrale | Controllo semestrale | Identificazione operatore che ha rilasciato il certificato, registrazione sull'applicativo regionale WP3, invio all'INPS | Trasmissione certificati come da normativa vigente | 100% | la Responsabile U.F. ha effettuato il monitoraggio ed attestato il raggiungimento degli standard previsti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza come risulta da relazione agli atti | nessuna |
| 28 | SdS/ZD Lunigiana | U.F. Attività Consultoriali | Rilascio attestazione di gravidanza per richiesta IVG da parte della donna. Emissione di certificazioni in mancanza di requisiti al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti | Responsabile U.F. Attività Consultoriali Dr.ssa Maria Paola Mori | soggetto esterno cittadino | legge n.194 del 22/05/78 e ss.mm.ii | rilascio certificazioni | soggetti esterni cittadini | certificazioni | alto | basso | nessuno | bassa | alto | alto | medio | rotazione degli operatori ove possibile, conoscenza e diffusione codice etico, invio semestrale report | Controllo semestrale | Controllo semestrale | Registrazione della visita e del certificato sull'applicativo regionale WP3, conservazione per 1 anno | registrazione flusso | 100% | la Responsabile U.F. ha effettuato il monitoraggio ed attestato il raggiungimento degli standard previsti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza come risulta da relazione agli atti | nessuna |
| 29 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Servizio Sociale Non Autosufficienti e Disabilità | Concessione di contributi e benefici economici a persone in condizioni di bisogno. Il rischio è connesso ad intervento non appropriato al bisogno al fine di ricevere vantaggi o compensi non dovuti | Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri | soggetto esterno/cittadino | Legge n.328/2000, Legge regionale n.40e 41 2005e s.m.i, Legge Regionale n.66/2008 e smi DGRT 370/2010, DGRT 342/2016 e smi, legge 118/1971, Regolamento dei Servizi Sociali Lunigiana | erogazione di un contributo | Soggetto esterno/cittadino | decreto dirigenziale | alto | basso | nessuno | bassa | alto | alto | medio | attività di monitoraggio sulla conformità della documentazione presentata | conformità | controllo 5% sul totale dei contributi erogati nell'anno. Invio report semestrale al RPCT | Pubblicazione dei Provvedimenti adottati in forma anonima sul sito della SdS/Zona | garantire la pubblicazione dei dati | pubblicazione entro 60 giorni dall'adozione dell'atto | Verificata la pubblicazione ed è stato effettuato il monitoraggio a campione come da verbale gruppo di controllo conservato agli atti d'ufficio | nessuna |
| 30 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Servizio Sociale Non Autosufficienti e Disabilità | Concessione esoneri dal pagamento di servizi sociali per persone in condizione di bisogno. Il rischio è connesso ad intervento non appropriato al bisogno al fine di ricevere vantaggi o compensi non dovuti | Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri | soggetto esterno/cittadino | Legge n.328/2000, Legge regionale n.40e 41 /2005 e s.m.i, Legge Regionale n.66/2008 e smi DGRT 370/2010, DGRT 342/2016 e smi, Regolamento dei Servizi Sociali Lunigiana | erogazione di prestazioni/interventi | soggetto esterno (cittadino/cooperativa aggiudicataria del servizio) | decreto dirigenziale | alto | basso | nessuno | bassa | alto | alto | medio | attività di monitoraggio sulla conformità della documentazione presentata | conformità | controllo 5% sulle pratiche di esonero nell'anno. Invio report semestrale al RPCT | Condivisione della valutazione di esonero con il Dirigente di riferimento (es. Gaia Comune ecc) | Istituzione di un registro delle valutazioni accolte e negate | 100% | aggiornamento e monitoraggio tenuta del registro | nessuna |
| 31 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Servizio Sociale Non Autosufficienti e Disabilità | Inserimenti in strutture residenziali e semi residenziali per minori ed affido familiare di minori. Il rischio è connesso ad intervento non appropriato al bisogno al fine di ricevere vantaggi o compensi non dovuti | Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri | soggetti esterni (cittadino, autorità giudiziaria) | legge n.328/2000, legge regionale n.40 e n.41 del 2005 e smi, legge n. 184/83 e smi, legge n.173/2015 e smi, Regolamento dei Servizi Sociali Lunigiana | inserimenti ed erogazione contributo | soggetto esterno (cittadino/cooperativa aggiudicataria del servizio, struttura) | decreto dirigenziale | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | L'intervento è proposto a seguito di valutazione dell'U.F. competente e delle Autorità incaricate alla tutela dei minori | monitoraggio del rispetto dei tempi previsti dal provvedimento | controllo 2% sul totale degli inserimenti annuali e invio report semestrale al RPCT | Identificazione della struttura idonea sulla base del Decreto del tribunale | Inserimento in struttura autorizzata ed accreditata | 100% | la Responsabile U.F. Servizio sociale non autosufficiente e disabilità attesta di aver monitorato il raggiungimento degli obiettivi e standard in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione come da relazione semestrale conservata agli atti | nessuna |

| n° processo | Dipartimento/ Area | Area/Unità Operativa | Descrizione del processo o attività a rischio corruzione | Responsabile interno del processo | SOGGETTI esterni o interni dai quali proviene l'INPUT ad avviare il processo (cittadini, società private, associaz. cooperat. fondaz., Regione, Comuni, Forze dell'ordine, altro Ente pubblico, direzione az., altra struttura az., altro) | VINCOLI normativi e procedurali (leggi nazionali e regionali, delibere DG e determine dirigenziali, istanze presentate da esterni) | Oggetto/risultato del processo (Output) | SOGGETTI esterni o interni ai quali è destinato l'OUTPUT (cittadini, società private, associaz. cooperat. fondaz., Regione, Comuni, Forze dell'ordine, altro Ente pubblico, direzione az., altra struttura az., altro) | ATTI con i quali si conclude il processo (delibera, determina, contratto, convenzione, lettere direzione, inserimento in proc. informatiche, altro) | Livello di interesse esterno | Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA | Manifestazioni e di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata | Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale) | Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano | Grado di attuazione delle misure di trattamento | Grado di rischio "alto" "medio" "basso" | MISURE preventive del rischio corruttivo | obiettivi di prevenzione della corruzione | standard degli obiettivi di prevenzione della corruzione | MISURE di trasparenza | obiettivi di trasparenza | standard degli obiettivi di trasparenza | MONITORAGGIO II SEMESTRE 2024 | CRITICITA' RILEVATE |
|-------------|--------------------|---|---|--|--|--|--|--|---|------------------------------|---|--|---|---|---|---|--|--|---|--|--|---|--|---------------------|
| 32 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Servizio Sociale Non Autosufficienti e Disabilità | Assistenza domiciliare socio assistenziale e assistenza socio educativa. Il rischio è connesso ad intervento non appropriato al bisogno al fine di ricevere vantaggi o compensi non dovuti | Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri | soggetti esterni (cittadino, autorità giudiziaria) | legge n.328/2000, legge regionale n.40 e n.41 del 2005 e smi, legge regionale n. 41/2005e smi, legge 118/1971, legge 104/92 Regolamento dei Servizi Sociali Lunigiana | erogazione di prestazioni/interventi | soggetto esterno (cittadino/cooperativa aggiudicataria del servizio) | decreto dirigenziale | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Il rischio legato alla concessione di un beneficio non appropriato è minimo in quanto la valutazione è multidisciplinare con la presenza di diverse figure professionali | Valutazione multidimensionale appropriata del bisogno da parte di apposita commissione | controllo 2% sul totale sugli interventi annuali e invio report semestrale al RPCT | condivisione del progetto assistenziale con il cittadino/utente e/o famiglia/AdS | condivisione del piano assistenziale al momento dell'erogazione e del Servizio | 100% | la Responsabile U.F. Servizio sociale non autosufficienza e disabilità attesta di aver monitorato il raggiungimento degli obiettivi e standard in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione come da relazione semestrale conservata agli atti | nessuna |
| 33 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Servizio Sociale Non Autosufficienti e Disabilità | Assistenza scolastica. Il rischio è connesso ad intervento non appropriato al bisogno al fine di ricevere vantaggi o compensi non dovuti | Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri | soggetti esterni (cittadino, istituzioni scolastiche) | legge n.328/2000, legge regionale n.40 e n.41 del 2005 e smi, legge 104/92, Regolamento dei Servizi Sociali Lunigiana | erogazione di prestazioni/interventi | soggetto esterno (cittadino/cooperativa aggiudicataria del servizio) | decreto dirigenziale | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | I servizi preposti all'attivazione dell'intervento (Servizio Sociale, UF SMIA, UFSMA), elaborano un piano educativo personalizzato condiviso con la scuola e la famiglia | elaborazione di un piano appropriato sulla base del bisogno | controllo 5% sul totale degli interventi erogati nell'anno. Invio report semestrale al RPCT | condivisione del progetto assistenziale con i soggetti coinvolti | condivisione del piano assistenziale al momento dell'erogazione e del servizio | 100% | la Responsabile U.F. Servizio sociale non autosufficienza e disabilità attesta di aver monitorato il raggiungimento degli obiettivi e standard in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione come da relazione semestrale conservata agli atti | nessuna |
| 34 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Servizio Sociale Non Autosufficienti e Disabilità | Inserimenti socio terapeutici e/o borse lavoro. Il rischio è connesso ad intervento non appropriato al bisogno al fine di ricevere vantaggi o compensi non dovuti | Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri | soggetti esterni cittadino | legge n.328/2000, legge regionale n.40 e n.41 del 2005 e smi, legge n.68/1999 e smi, legge 104/92, legge 118/1971, Regolamento dei Servizi Sociali Lunigiana | interventi ed erogazione contributo | soggetti esterni cittadino | decreto dirigenziale | alto | basso | nessuno | bassa | alto | alto | medio | L'intervento è proposto a seguito di valutazione multidisciplinare e coinvolgimento dei servizi specialistici (UF.SMA/Ser-DU.O.R.F., Servizio Sociale) | favorire l'inserimento lavorativo dell'utente appropriato al bisogno | controllo 2% sul totale degli interventi annuali e invio report semestrale al RPCT | condivisione del progetto assistenziale con i soggetti coinvolti | garantire la pubblicazione dei dati | pubblicazione entro 60 giorni dall'adozione dell'atto | la Responsabile U.F. Servizio sociale non autosufficienza e disabilità attesta di aver monitorato il raggiungimento degli obiettivi e standard in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione come da relazione semestrale conservata agli atti | nessuna |
| 35 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Servizio Sociale Non Autosufficienti e Disabilità | Inserimenti in strutture residenziali e semi residenziali per persone anziane e disabili. Il rischio è connesso ad intervento non appropriato al bisogno al fine di ricevere vantaggi o compensi non dovuti | Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri | soggetti esterni cittadino | Legge n.328/2000, Legge regionale n.40 e 41/2005 e smi, Legge Regionale n.66/2008, DGRT 370/2010,DGRT 342 e smi, legge 104/92, legge 118/1971, Regolamento dei Servizi Sociali Lunigiana | inserimento in strutture residenziali e semi residenziali | soggetti esterni (cittadini, associazioni, società private ecc) | decreto dirigenziale | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Il rischio è minimo in quanto la valutazione ai fini dell'attivazione dell'intervento è multidisciplinare (UVM/UVMD) | Valutazione multidimensionale appropriata del bisogno da parte di apposita commissione | monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali | Condivisione del progetto/piano con utente/famigliare/AdS | applicazione libera scelta | 100% | la Responsabile U.F. Servizio sociale non autosufficienza e disabilità attesta di aver monitorato il raggiungimento degli obiettivi e standard in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione come da relazione semestrale conservata agli atti | nessuna |
| 36 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Servizio Sociale Non Autosufficienti e Disabilità | Inserimenti in comunità terapeutiche per tossicodipendenti. Il rischio è connesso ad intervento non appropriato al bisogno al fine di ricevere vantaggi o compensi non dovuti | Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri | soggetti esterni cittadino | legge n.328/2000, legge regionale n.40 e n.41 del 2005 e smi., Regolamento dei Servizi Sociali Lunigiana | inserimento in strutture | soggetti esterni (cittadini, associazioni, società private ecc) | decreto dirigenziale | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | L'intervento viene proposto dal Responsabile U. F. competente sulla base di un progetto terapeutico individualizzato multidisciplinare | valutazione appropriata e condivisa | verifica conformità delle strutture di inserimento standard 100% | Condivisione progetto terapeutico riabilitativo con utente/AdS | condivisione della scelta della struttura al momento dell'erogazione e dell'intervento | 100% | la Responsabile U.F. Servizio sociale non autosufficienza e disabilità attesta di aver monitorato il raggiungimento degli obiettivi e standard in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione come da relazione semestrale conservata agli atti | nessuna |
| 37 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Servizio Sociale Non Autosufficienti e Disabilità | Trasporto sociale disabili per centro di disabilità complessa, trasporto scolastico Istituti superiori. Il rischio è connesso ad utilizzo della procedura negoziata al di fuori delle ipotesi previste dalla normativa ovvero impiego della procedura nelle ipotesi previste dalla legge pur non sussistendone i presupposti, al fine di favorire un determinato operatore economico. | Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri | soggetti esterni | legge n.328/2000, legge regionale n.40 e n.41 del 2005 e smi. D.lgs n.117/2017 Codice terzo settore, Codice degli appalti, legge 104/92, legge 118/1971 | aggiudicazione servizio di trasporto | soggetto esterno (cittadini/associazioni/genitori/AdS) | decreto dirigenziale, Convenzione | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | La procedura per l'affidamento di tale servizio viene adottata nel rispetto delle disposizioni previste dal codice degli appalti e dal codice del terzo settore | pubblicizzazione dell'avviso al fine di garantire la più ampia partecipazione | conformità alla normativa vigente | Publicazione manifestazione di interesse | garantire la massima diffusione ai fini della partecipazione | almeno sul sito e due quotidiani locali | la Responsabile U.F. Servizio sociale non autosufficienza e disabilità attesta di aver monitorato il raggiungimento degli obiettivi e standard in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, nel primo semestre non è stata effettuata la procedura di affidamento | nessuna |
| 38 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Servizio Sociale Non Autosufficienti e Disabilità | Progettazione e gestione decreto dirigenziale R.T.n. 16591 del 28/07/2023 FSC. "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare" fondi sociali europei. Sostegno ai servizi di cura Domiciliare Progetto AN.CO.RE. Il rischio è connesso all'utilizzo della procedura in modo difforme a quanto disciplinato al fine di favorire un utente rispetto ad altri utenti ed attribuire buoni servizio ad utenti che non presentano i requisiti previsti dall'avviso, al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti. | Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri | soggetti esterni, cittadino, Struttura pubblica | DD R.T.n. 16591 del 28/07/2023 FSC, Codice del terzo settore, normativa codice appalti, Regolamento dei Servizi Sociali Lunigiana | erogazione buoni servizio per interventi di continuità assistenziale ospedale-territorio, interventi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza, contributi per assistenza familiare | soggetti esterni | sottoscrizione del contratto e piano di spesa | basso | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | L'attività mappata presenta un rischio basso, il processo è regolamentato da specifica normativa, gli interventi sono erogati a seguito di valutazione multidisciplinare | Rispetto della normativa vigente | Rispetto della normativa vigente | Publicizzazione avviso per garantire la massima partecipazione | garantire massima diffusione | almeno sul sito e due quotidiani locali | la Responsabile U.F. Servizio sociale non autosufficienza e disabilità attesta di aver monitorato il raggiungimento degli obiettivi e standard in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione come da relazione semestrale conservata agli atti | nessuna |
| 39 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Servizio Sociale Non Autosufficienti e Disabilità | Progettazione di cui al Decreto Dirigenziale R.T. n. 27538 del 22/12/2023 avente ad Oggetto: PR FSE+ 2021-2027 attività PAD 3.k.7. "Sostegno alle persone con limitazione dell'autonomia e ai loro familiari per l'accesso ai servizi di cura socio-sanitari" Approvazione avviso pubblico denominato "Interventi di sostegno alle cure domiciliari" Progetto CAMELOT" erogazione interventi | Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri | soggetti esterni, cittadino, Struttura pubblica | Decreto Dirigenziale R.T. n. 27538 del 22/12/2023 | erogazione buoni servizio per interventi di continuità assistenziale ospedale-territorio, interventi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza, contributi per assistenza familiare, interventi a favore di minori disabili | soggetti esterni | sottoscrizione del contratto e piano di spesa | basso | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | L'attività mappata presenta un rischio basso, il processo è regolamentato da specifica normativa, gli interventi sono erogati a seguito di valutazione multidisciplinare | Rispetto della normativa vigente | Rispetto della normativa vigente | Publicizzazione avviso per garantire la massima partecipazione | garantire massima diffusione | almeno sul sito e due quotidiani locali | la Responsabile U.F. Servizio sociale non autosufficienza e disabilità attesta di aver monitorato il raggiungimento degli obiettivi e standard in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione come da relazione semestrale conservata agli atti | nessuna |

| n° processo | Dipartimento/ Area | Area/Unità Operativa | Descrizione del processo o attività a rischio corruzione | Responsabile interno del processo | SOGGETTI esterni o interni dai quali proviene l'INPUT ad avviare il processo (cittadini, società private, associaz. cooperat. fondaz., Regione, Comuni, Forze dell'ordine, altro Ente pubblico, direzione az., altra struttura az., altro) | VINCOLI normativi e procedurali (leggi nazionali e regionali, delibere DG e determine dirigenziali, istanze presentate da esterni) | Oggetto/risultato del processo (Output) | SOGGETTI esterni o interni ai quali è destinato l'OUTPUT (cittadini, società private, associaz. cooperat. fondaz., Regione, Comuni, Forze dell'ordine, altro Ente pubblico, direzione az., altra struttura az., altro) | ATTI con i quali si conclude il processo (delibera, determina, contratto, convenzione, lettere, direzione, inserimento in proc. informatiche, altro) | Livello di interesse esterno | Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA | Manifestazioni e di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata | Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale) | Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano | Grado di attuazione delle misure di trattamento | Grado di rischio "alto" "medio" "basso" | MISURE preventive del rischio corruttivo | obiettivi di prevenzione della corruzione | standard degli obiettivi di prevenzione della corruzione | MISURE di trasparenza | obiettivi di trasparenza | standard degli obiettivi di trasparenza | MONITORAGGIO II SEMESTRE 2024 | CRITICITA' RILEVATE |
|-------------|--------------------|---|--|--|--|---|--|--|--|------------------------------|---|--|---|---|---|---|--|---|--|--|--|---|--|---------------------|
| 40 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Servizio Sociale Non Autosufficienza e Disabilità | progettazione e gestione fondi Ministeriali PNRR M5 C2 - investimento 1.1.1 "Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione famiglie e bambini, 1.1.4 "Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali", 1.2. "Percorsi di autonomia per persone con disabilità 1.3.2, Povertà estrema - Stazioni di posta | Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri | sogetti esterni cittadino personale dipendente | DD Ministero del lavoro e delle Politiche sociali n.98 del 9/05/2022, normativa codice degli appalti, Codice degli Enti del Terzo settore | interventi rivolti alla prevenzione del disagio familiare, interventi rivolti alla prevenzione del burn out degli operatori, interventi rivolti all'autonomia abitativa e lavorativa delle persone disabili, interventi rivolti a persone in condizioni di estrema povertà | sogetti esterni, personale dipendente | tutti gli interventi erogabili sono realizzati in co-progettazione con il terzo settore a seguito di avviso di istruttoria pubblica | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | L'attività mappata presenta un rischio basso, il processo è regolamentato da specifica normativa nazionale ed europea. Gli interventi a valere sulle 4 linee di investimento sono erogati dai partner selezionati a seguito di avviso di istruttoria pubblica | Rispetto della normativa nazionale ed europea | Rispetto della normativa nazionale ed europea | Pubblicazione avvisi per garantire la massima partecipazione | garantire massima diffusione | almeno sul sito e due quotidiani locali | la Responsabile U.F. Servizio sociale non autosufficienza e disabilità attesta di aver monitorato il raggiungimento degli obiettivi e standard in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione come da relazione semestrale conservata agli atti | nessuna |
| 41 | SdS/ZD Lunigiana | U.F Servizio Sociale Non Autosufficienza e Disabilità | Gestione Assegno di Inclusione. Il rischio è connesso all'utilizzo della procedura in modo difforme a quanto disciplinato dalla normativa al fine di favorire il progetto/patto di inclusione di alcuni soggetti svantaggiati rispetto ad altri al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti. | Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri | sogetti esterni cittadino | D.L. 4 maggio 2023, n. 48, | interventi a sostegno del contrasto alla povertà | sogetti esterni | progetto multidisciplinare | medio | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | L'attività mappata presenta un rischio basso, il processo è regolamentato da specifica normativa nazionale e circolari INPS e gli interventi economici sono erogati dall'INPS dopo i controlli. Altri interventi sono erogati a seguito di valutazione multidisciplinare | Rispetto della normativa nazionale e circolari INPS | Rispetto della normativa nazionale e circolari INPS | Inserimenti delle valutazioni del caso e degli interventi sulla Piattaforma GEPI | valutazione/ analisi preliminare entro 120 giorni e monitoraggio ogni 90 su tutti i beneficiari dell'ADI | 100% | Il PIAO della SdS unitamente a quello aziendale è stato trasmesso a cura del RPCT a tutto il personale operante nella zona evidenziando ai collaboratori l'importanza del rispetto delle disposizioni negli stessi previste al fine della legalità e massima trasparenza | nessuna |
| 42 | SdS/ZD Lunigiana | Direzione SdS Lunigiana | Corretto comportamento nello svolgimento delle attività afferenti al servizio di riferimento | Dirigente amministrativo o Zona Lunigiana Dott.ssa Eugenia Folegnani | Soggetti interni | Normativa anticorruzione di cui alla Legge 190/2012 e smi | Formazione | Soggetti interni | Verbale | alto | basso | nessuno | bassa | alto | alto | basso | Evento formativo annuale | Educare il personale ad un comportamento etico | 100% | Diffusione del codice di comportamento adottato dall'azienda USL e del PTPCT | Condivisione del codice di comportamento e verifica della partecipazione e all'attività formativa | 100% | Il PIAO della SdS unitamente a quello aziendale è stato trasmesso a cura del RPCT a tutto il personale operante nella zona evidenziando ai collaboratori l'importanza del rispetto delle disposizioni negli stessi previste al fine della legalità e massima trasparenza | |

*Nota 1. La delibera del D.G Azienda USL Toscana nord ovest ha affidato, sulla base della normativa regionale, la gestione degli specialisti alle UU.OO. Ospedaliere di competenza. Con successiva delibera l'assetto organizzativo è stato in parte modificato

*Nota 2. La normativa di cui alla circolare ministeriale affida al Dipartimento della prevenzione gli aspetti gestionali. Gli accordi regionali con i PLS hanno affidato ai pediatri, che hanno aderito ad effettuare tutte le vaccinazioni, la gestione delle attività delle vaccinazioni. (In Lunigiana, attualmente, hanno aderito il , Dr.ssa Onesti , Dr.ssa Cecchetti, Quilligotti)

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ROBERTO VALETTINI

DATA FIRMA: 27/01/2025 14:53:09

IMPRONTA: 35393562393839373963323732316633623037386463613465386364336161636564313066363963

NOME: FORMATO MARCO

DATA FIRMA: 27/01/2025 14:38:13

IMPRONTA: 39623637386435386538363333616238316337366562653532616562343932633338353034373135