

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2026-2028- MAPPATURA PROCESSI/AREE DI RISCHIO																								
SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA LUNIGIANA MONITORAGGIO 1 SEMESTRE 2026																								
N.B. IL FORMAT NON DEVE ESSERE MODIFICATO PER ESIGENZE DI COMPOSIZIONE DEL DOCUMENTO.																								
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	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale)	Livello di collaborazione e 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 e 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	criticità 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	soggetti esterni/fornitori e cittadini	Legge regionale n.40/2005 e s.mi, Legge Regionale n.66/2008 e smi, delibera GRT n.431/2013 e delibera GRT n.909/2017 e smi	pagamento fatture/notule e contributi	soggetti 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	report attività di controllo	inviare report al RPCT alla scadenza	2 report annuali	E' stato effettuato il monitoraggio attività 1 semestre 2026 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	soggetti 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 obiettivo 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 1 semestre 2026 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/ soggetto 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 e dei curricula in presenza di più candidati	regolarità e legittimità del conferimento	acquisizione della documentazione prevista per conferimento incarico 100%	dati comunicati su PERLAP A e sul sito della SdS portale amministrazione trasparente	conoscenza dei criteri applicati	2 report semestrali	verificata la pubblicazione	nessuna
4	SdS/ZD Lunigiana	SdS/ZD Lunigiana.	Analisi e valutazione delle performance. Il rischio potrebbe essere connesso alla arbitraria valutazione volta a attribuire indebiti vantaggi/svantaggi.	titolare di PO Coordinamento Contabile e Finanziario e PO Coordinatore Sociale	Direzione/ soggetto interno	Dlgs 165/2001 e sue modifiche CCNL,normativa specifica di settore	Valutazione performance	Direzione SDS	Atto interno (validazione scheda individuale)	medio	medio	nessuno	bassa	alto	medio	medio	Corretta applicazione delle disposizioni normative nonché di quelle previste dai CCNL di riferimento. Verifica dell'effettivo perseguimento degli obiettivi	correttezza e coerenza delle valutazioni	100%	report attività di controllo	conoscenza dei criteri applicati	annuale	Il sistema di valutazione performance viene effettuato sulla base di schede individuali con gli obiettivi da raggiungere.	
5	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	soggetto esterno	Legge regionale n.66 del 2008 e smi	valutazione per erogazione di prestazione/intervento	soggetto 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, formazioni e diffusione codice	Rotazione annuale degli operatori, formazioni specifiche a 1 incontro all'anno	Pubblicazioni 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 1° semestre 2026 come risulta da relazione a cura del Responsabile	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	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale)	Livello di collaborazioni e 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 e 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	criticità rilevate
6	Sanità Territoriale	UF.Cure Primarie	Cure domiciliari valutazioni (ADI,ADP). Percorso non appropriato al bisogno al fine di ottenere vantaggi o compensi non dovuti	Responsabile U.F. Cure Primarie Dr Amedeo Baldi	soggetto esterno (MMG/cittadino)	CC.NN.LL dei MMG e PLS, PSSIR, normativa su accreditamento cure domiciliari	valutazione per erogazione di prestazione/intervento	soggetto 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, formazioni e diffusione codice	Rotazione semestrale degli operatori i,5% di verifiche e su PAI autorizzati nell'anno	condivisione del progetto assistenziale con il cittadino/utente e/o famiglia	condivisione del piano assistenziale al momento dell'erogazione del Servizio	80%	il Responsabile ha dichiarato che sono state effettuate le verifiche domiciliari	nessuna
7	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	soggetto esterno (MMG/cittadino, Presidi Ospedalieri)	Delibera GRT n.431/2013 e Delibera GRT n.909/2017 e smi	valutazione per erogazione di prestazione/intervento	soggetto esterno (cittadino,Strutture private, Presidi Ospedalieri)	piano assistenziale individualizzato (PAI)	medio	basso	nessuno	bassa	alto	alto	basso	Rotazione degli operatori	Rotazione degli operatori i, verifiche andamento piani assistenziali,rivalutazioni periodiche, formazioni e diffusione codice	Rotazione degli operatori i 1 volta l'anno	condivisione del progetto assistenziale con il cittadino/utente e/o famiglia	condivisione del piano assistenziale al momento dell'erogazione 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
8	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. Erogare la prestazione senza far pagare il ticket all'utente	Responsabile U.F. Cure Primarie Dr Amedeo Baldi	soggetto esterno,MMG, cittadino	CC.NN.LL dei MMG e PLS, PSSIR, Delibera Direttore generale n. 709/2017, DGRT 476/18, DGRT 750/18 e smi	erogazione servizi specialistici	soggetti esterni	prescrizione medica	alto	basso	nessuno	bassa	alto	alto	medio	passaggio attraverso procedura automatizzata. Attività di controllo retro sportello su eseguito e accettato	Informatizzazione e degli ambulatori,aumento offerta	100%	Comunicazione sul sito aziendale tempi di attesa	Pubblicazione delle liste di attesa indicate da disposizioni regionali	100,00%	Pubblicazione delle liste di attesa indicate da disposizioni regionali	100%
9	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	soggetto 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	soggetti esterni cittadino	certificazione/autorizzazione	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
10	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	soggetto esterno cittadino	Legge n.119/2017 e calendario regionale e smi	erogazione prestazione vaccinazione	soggetti 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 o dei nominativi degli operatori su applicativo regionale delle vaccinazioni eseguite	Inserimento nell'applicativo entro 15 gg da esecuzione della prestazione	100%	Effettuato il monitoraggio come da relazione conservata agli atti d'ufficio	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	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale)	Livello di collaborazioni e 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 e 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	criticità rilevate
11	Sanità Territoriale	UF.Cure Primarie	Presa 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 DGRtn.370/2010 DGRtn. 431/2013 e smi e DGRtn.679/2016 e smi,DGRT 995/2018 e smi	erogazione prestazioni/intervento	soggetti 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 una volta l'anno	rotazione degli operatori una volta l'anno	Inserimento o dati su applicativo aziendale	Inserimento entro 48/72 ore	100%	Effettuato il monitoraggio ed implementato applicativo informatico aziendale	nessuna
12	ZD Lunigiana	U.F Cure Palliative	Presa 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	soggetto esterno/MMG /specialista	Legge Nazionale n. 38/2010 e smi, DGRT n. 199/2014 e smi DM n. 77 2022, DGRT 960/2023	erogazione prestazioni/intervento	soggetto esterno/cittadino	relazione clinica/cartelle ADI	medio	basso	nessuno	bassa	alto	alto	basso	Condivisone 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	condivisone 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
13	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	Condivisone 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 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
14	ZD Lunigiana	U.F Cure Palliative	Identificazione dei pazienti con requisiti 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, DGRT n. 199/2014 e smi DM n. 77 2022, DGRT 960/2023	erogazione prestazioni/intervento	soggetto esterno/cittadino	lettera di inserimento	medio	basso	nessuno	bassa	alto	alto	basso	Condivisone 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	autorizzazione 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 cliniche autorizzative per inserimento in Hospice verificate da parte del Responsabile UF	Standard rispettato come da relazione della Responsabile U.F. 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, contratto, convenzione, lettere direzione, inserimento in proc. informatiche, altro)	Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale)	Livello di collaborazione e 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 e 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	criticità rilevate
15	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 Fiammetta Mozzoni	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 U.F.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 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	La Responsabile UFSMIA non ha ricevuto il Report dalla UO BIRF di riferimento. Nel primo semestre il servizio ha effettuato 3 ricoveri presso centri di terzo livello	nessuna
16	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 Fiammetta Mozzoni	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/convenzione	medio	basso	nessuno	bassa	alto	alto	basso	Gestione e Controlli sugli inserimenti residenziali del Responsabile U.F.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 o di inserimento in strutture terapeutiche o riabilitative e per minori con la famiglia il case manager (neuropsichiatra infantile) e l'assistente sociale di riferimento	condivisione del progetto terapeutico al momento dell'erogazione del Servizio	100%	L'Attività relativa al primo semestre è evidenziata nella relazione semestrale conservata agli atti dell'ufficio. Risultano nel primo semestre 3 inserimenti residenziali di cui n.1 da A.G.	nessuna
17	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 Fiammetta Mozzoni	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 Invalidi civili per l'identificazione delle certificazioni a rischio da segnalare al Responsabile anticorruzione ed invio semestrale	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 a uso medico legale emesse (n.76) sono state rilasciate nei tempi e modalità previste dalla legge. Nessuna è risultata dubbia	nessuna
18	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 U.F.SMA ed invio del report al Responsabile anticorruzione	ricovero appropriato al bisogno	revisione e flussi informativi SDO	pubblicazione del report sul portale aziendale 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 0 ricoveri in strutture ospedaliere private	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	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale)	Livello di collaborazione e 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 e 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	criticità rilevate
19	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 o di inserimento in struttura residenziale e con il cittadino/utente e il medico psichiatra e l'assistente sociale di riferimento	condivisione del progetto terapeutico al momento dell'erogazione 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 scheda di monitoraggio dalla quale risultano 27 ricoveri tra residenziali e semiresidenziali	nessuna
20	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 Invalidi civili per l'identificazione delle certificazioni a rischio da segnalare al Responsabile anticorruzione ed invio semestrale	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.Sono state emesse 240 certificazioni come da scheda di monitoraggio	nessuna
21	SdS/ZD Lunigiana	Responsabile Struttura Minerva	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	alto	basso	controllo delle procedure di inserimento o da parte delle figure preposte,coordinazione e del PTPCT /PIAO con il personale	inserimento appropriato al bisogno dell'utente	controllo semestrale mediante relazioni e ed invio al RPCT	condivisione del progetto terapeutico o di inserimento in struttura residenziale e con il cittadino/utente e con il servizio inviante psichiatra e l'assistente sociale di riferimento	condivisione del progetto terapeutico al momento dell'erogazione del Servizio	100%	rispetto del PTRI come da relazione semestrale della Responsabile della Struttura Minerva conservata agli atti	nessuna
22	SdS/ZD Lunigiana	Responsabile Struttura Minerva	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 ,MMG,Servizi invianti	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 istruttoria operativa interna	rilascio di certificazione oggettiva e conforme	controllo semestrale attraverso relazioni e da inviare al RPCT	operatore che ha rilasciato il certificato riportante numero di protocollo , inserimento o in registro cartaceo ed invio agli organi	identificare i certificati sospetti e avviare i relativi accertamenti	100% di certificati sospetti sottoposti a verifica	verifica effettuata dalla Responsabile della SRP Minerva come da report semestrale conservato 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	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale)	Livello di collaborazioni e 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 e 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	criticità rilevate
23	SdS/ZD Lunigiana	Responsabile Struttura Minerva	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 istruzione operativa interna	relazioni e oggettività e conformità	controllo semestrale attraverso relazioni e da inviare al RPCT	Identificazione operatore che ha rilasciato le relazioni che vengono protocollate e inserite in apposito registro cartaceo e trasmesse agli organi	identificare le relazioni sospette e avviare i relativi accertamenti	100% di relazioni sospette sottoposte a verifica	verifica effettuata dalla Responsabile della SRP Minerva come da report semestrale conservato agli atti	nessuna
24	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
25	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, Legge n.309/90 e smi	inserimento in strutture	soggetti esterni	decreto dirigenziale	alto	basso	nessuno	bassa	alto	alto	basso	Controllo 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 o di inserimento in struttura residenziale e con il cittadino/utente e l'equipe multidisciplinare	condivisione del progetto terapeutico al momento dell'erogazione 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
26	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

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	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale)	Livello di collaborazione e 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 e 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	criticità rilevate
27	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 HTH (Cartella Elettronica del Ser-D) della produzione e 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
28	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
29	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 del cartaceo	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
30	SdS/ZD Lunigiana	U.F. Servizio Sociale Non Autosufficienza e Disabilità	Concessione di contributi e benefici economici a persone in condizioni di bisogno. Il rischio è connesso a 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.mi, 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
31	SdS/ZD Lunigiana	U.F. Servizio Sociale Non Autosufficienza 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.mi, Legge Regionale n.66/2008 e smi DGRT 370/2010, DGRT 342/2016 e smi, Regolamento dei Servizi Sociali Lunigiana	erogazione di prestazioni/interenti	soggetto esterno (cittadino/cooperativa aggiudicatari a 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 e 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
32	SdS/ZD Lunigiana	U.F. Servizio Sociale Non Autosufficienza 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 aggiudicatari a del servizio, struttura)	decreto dirigenziale	medio	basso	nessuno	bassa	alto	alto	basso	L'intervento è proposto a seguito di valutazione e 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 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	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale)	Livello di collaborazione e 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 e 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	criticità rilevate
33	SdS/ZD Lunigiana	U.F Servizio Sociale Non Autosufficienza 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 e smi Regolamento dei Servizi Sociali Lunigiana	erogazione di prestazioni/inter venti	soggetto esterno (cittadino/co operativa aggiudicatari a 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 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 Autosufficienza 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 e smi, Regolamento dei Servizi Sociali Lunigiana	erogazione di prestazioni/inter venti	soggetto esterno (cittadino/co operativa aggiudicatari a del servizio)	decreto dirigenziale	medio	basso	nessuno	bassa	alto	alto	basso	I servizi preposti all'attivazione dell'intervento (Servizio Sociale, U.F. 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 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
35	SdS/ZD Lunigiana	U.F Servizio Sociale Non Autosufficienza 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 e smi, 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 (U.F.SMA/Ser:D/U.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
36	SdS/ZD Lunigiana	U.F Servizio Sociale Non Autosufficienza 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 s.mi, Legge Regionale n.66/2008, DGRT 370/2010,DGRT 342 e smi, legge 104/92 e smi , 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 e 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
37	SdS/ZD Lunigiana	U.F Servizio Sociale Non Autosufficienza 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 e 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 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

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	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale)	Livello di collaborazione e 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 e 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	criticità rilevate
38	SdS/ZD Lunigiana	U.F Servizio Sociale Non Autosufficienza 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 e smi, 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.	pubblicità al fine di garantire la più ampia partecipazione	conformità alla normativa vigente	Pubblicazioni manifestazioni 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
39	SdS/ZD Lunigiana	U.F Servizio Sociale Non Autosufficienza 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 valutazioni e multidisciplinare.	Rispetto della normativa vigente	Rispetto della normativa vigente	Pubblicizzazione 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
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 disabilità1.3.2, Povertà estrema – Stazioni di posta	Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri	soggetti 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	soggetti 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	Pubblicazioni 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	soggetti esterni cittadino		interventi a sostegno del contrasto alla povertà	soggetti 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 e 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%	la Responsabile U.F. Servizio sociale non autosufficienza e disabilità attesta di aver monitorato il rispetto della tempistica degli interventi	

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	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	Opacità del processo decisionale (adozione di strumenti di trasparenza sostanziale)	Livello di collaborazione e 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 e 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	criticità rilevate
42	SdS/ZD Lunigiana	U.F Servizio Sociale Non Autosufficienza e Disabilità	PR FSE+2021-2027 Interventi personalizzati destinati alle persone con disabilità e grave limitazione dell'autonomia finalizzati a garantire il diritto ad una vita indipendente” Progetti di sostegno alla vita indipendente e inclusione nella società “Indipendentemente DA (IDA)”	Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri	soggetti esterni cittadino	Decreto Dirigenziale R.T. N 17020 del 22 luglio 2024	interventi personalizzati destinati alle persone con disabilità e grave limitazione dell'autonomia finalizzati a a garantire il diritto ad una vita indipendente	soggetti esterni	progetto multidisciplinare	medio	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 valutazioni e multidisciplinare	Rispetto della normativa vigente	Rispetto della normativa vigente	Pubblicizzazione avviso per garantire la massima partecipazione	garantire massima diffusione	almeno sul sito, sui quotidiani locali, campagna informativa promossa da R.T. presso i Punti Insieme e sedi ASL/SdS	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
43	SdS/ZD Lunigiana	U.F Servizio Sociale Non Autosufficienza e Disabilità	PR FSE + 2021-2027 Attività' PAD 3.h.1 "Interventi di accompagnamento al lavoro per persone in condizione di fragilità” denominato LunInsieme (LUME)	Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri	soggetti esterni cittadino	DDRT 12541/2024: “Interventi di accompagnamento o al lavoro per persone in condizione di fragilità”	valutazione, progettazione , tirocini di inclusione sociale, formazione laboratori	soggetti esterni	progetto multidisciplinare, convenzione tirocini inclusione sociale	medio	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 valutazioni e multidisciplinare	Rispetto della normativa vigente	Rispetto della normativa vigente	Pubblicizzazione avviso per garantire la massima partecipazione	garantire massima diffusione	almeno sul sito, sui quotidiani locali, campagna informativa promossa da R.T. presso i Punti Insieme e sedi ASL/SdS	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	
44	SdS/ZD Lunigiana	U.F Servizio Sociale Non Autosufficienza e Disabilità	“Fondo Regionale per l’occupazione dei disabili per la concessione di contributi agli enti pubblici che svolgono attività rivolte al sostegno e all’integrazione lavorativa delle persone con disabilità . Decreto ARTI n. 799 del 05/09/2025 avente ad oggetto: “Fondo regionale per l’occupazione dei disabili - Avviso pubblico approvato con Decreto Dirigenziale n. 145/2025 per la concessione di contributi agli enti pubblici che svolgono attività rivolte al sostegno e all’integrazione lavorativa delle persone con	Coordinatore Servizio Sociale Lunigiana Dott.ssa Angela Neri	soggetti esterni cittadino	Decreto ARTI n. 602 del 30 Giugno 2025 avente ad oggetto: “Fondo Regionale per l’occupazione dei disabili - Avviso pubblico approvato con Decreto Dirigenziale n. 145/2025 per la concessione di contributi agli enti pubblici che svolgono attività rivolte al sostegno e all’integrazione lavorativa delle persone con disabilità . Decreto ARTI n. 799 del 05/09/2025 avente ad oggetto: “Fondo regionale per l’occupazione dei disabili - Avviso pubblico approvato con Decreto Dirigenziale n. 145/2025 per la concessione di contributi agli enti pubblici che svolgono attività rivolte al sostegno e all’integrazione lavorativa delle persone con	valutazione, progettazione,, formazione laboratori	soggetti esterni	progetto multidisciplinare, formazione e laboratori	medio	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 valutazioni e multidisciplinare	Rispetto della normativa vigente	Rispetto della normativa vigente	Pubblicizzazione avviso per garantire la massima partecipazione	garantire massima diffusione	almeno sul sito, sui quotidiani locali, campagna informativa promossa da ARTI. presso i Punti Insieme e sedi ASL/SdS	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	
45	SdS/ZD Lunigiana	Direzione SdS Lunigiana	Corretto comportamento nello svolgimento delle attività afferenti al servizio di riferimento	Dirigente amministrativo 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 all'attività formativa	100%	si attesta sulla base delle relazioni presentate dai vari responsabili che non si sono riscontrati comportamenti scorretti e rilevanti ai fini della corruzione	

