

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BELLUNO - PTPC 2018/2020

Approvato dal Consiglio Direttivo OPI di Belluno con Delibera n. 15 del 20.02.2019

INDICE

Premessa	pag. 3
1. L'evoluzione del contesto	
1.1. Il quadro normativo e la riforma in atto	pag. 4
1.2. L'organizzazione interna	pag. 5
Figura 1 – Organigramma	
Figura 2 – Mappatura dei Processi	
2. La gestione del rischio di corruzione	
2.1. Metodologia utilizzata	pag. 7
Figura 3 - Rapporti tra i principi di gestione del rischio, la struttura e il processo ISO 31000:2009	
2.2. Il modello organizzativo	pag. 7
2.3. I soggetti coinvolti	pag. 8
2.4. Responsabilità	pag. 8
3. Il processo per la gestione del rischio di corruzione	
3.1. Processo	pag. 9
Figura 4 – Processo ISO 31000.2009	
3.2. Analisi del contesto interno	pag. 10
Figura 5 – Monitoraggio dei Processi Primari	
3.3. Analisi del contesto esterno	pag. 12
Figura 6 – Reati per Provincia	
Figura 7 – Tipologia reati per Provincia	
3.4. Identificazione dei rischi di corruzione	pag. 15
3.5. Analisi dei rischi di corruzione	pag. 18
3.6. Misurazione e valutazione dei rischi	pag. 18
3.7. Priorità d'intervento	pag. 19
4. Il trattamento del rischio di corruzione	pag. 19
5. Trasparenza e obblighi di pubblicità	pag. 21

INDICE TAVOLE

Tavola nr. 1 – S.W.O.T. check list	pag. 11
Tavola nr. 2 - P.E.S.T. check list	pag. 15

INDICE TABELLE

Tabella 1 - Eventi rischiosi tipici (Tassonomia FNOPI)	pag. 16
Tabella 2 – Fattori abilitanti (Tassonomia FNOPI)	pag. 17

ALLEGATI

Allegato n. 1 - Catalogo rischi corruttivi

PREMESSA

Il presente Piano costituisce lo strumento di pianificazione del sistema di prevenzione della corruzione dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Belluno per il triennio 2018/2020.

In coerenza con l'attuale normativa, il modello di gestione del rischio di corruzione delineato nel presente documento tiene conto delle rilevanti modifiche legislative e regolamentari intervenute in materia.

Il PTPC 2018/2020 descrive i principi e la metodologia su cui si fonda l'attuale sistema di prevenzione presso l'OPI di Belluno, nonché il processo attraverso il quale è stato sviluppato il Registro dei rischi di corruzione e l'individuazione delle eventuali misure di prevenzione della corruzione.

In un'ottica di progressivo miglioramento dell'impianto organizzativo e in considerazione di quanto definito dalle recenti prescrizioni normative e dalle raccomandazioni dell'Autorità Anticorruzione, in linea anche con gli standard e le best practices internazionali, nel presente documento sono stati analizzati:

- il contesto interno ed esterno con relativa mappatura dei processi
- il livello di integrazione del ciclo di prevenzione della corruzione con il processo di pianificazione strategica e il processo di programmazione operativa
- il processo di valutazione del rischio e di trattamento dello stesso
- il sistema di monitoraggio
- l'incremento del livello di adempimento degli obblighi di pubblicazione ai fini della trasparenza

Per garantire l'effettiva partecipazione dell'organo di indirizzo alla fase di programmazione del sistema di prevenzione della corruzione, ai fini di una piena condivisione dell'impianto complessivo adottato, il Piano è stato presentato al Consiglio Direttivo dell'OPI di Belluno prima della sua approvazione definitiva avvenuta in data 20.02.2019.

Nel Piano è stata dedicata una specifica sezione ai contenuti programmatici in materia di trasparenza, in attuazione delle disposizioni introdotte dall'art. 10 del decreto legislativo n.97/2016.

1. L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO

1.1 IL QUADRO NORMATIVO E LA RIFORMA IN ATTO

Con l'entrata in vigore il 15 febbraio 2018 della Legge "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute" n. 3/2018, il Collegio degli Infermieri Professionali Assistenti Sanitari Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI) di Belluno, istituito con la Legge 29/10/1954 n. 1049 e regolamentato dal DLCP 13/9/1946 n. 233, dal DPR 5/4/1952 n. 221 e successive modifiche e integrazioni, ha cambiato denominazione in Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Belluno.

Tale modifica è dovuta alla trasformazione dei Collegi Provinciali in Ordini Provinciali - Ordini delle Professioni Infermieristiche - oltre che dalla cancellazione del nome "infermiere professionale" e "vigilatrice d'infanzia" (oggi solo infermiere e infermiere pediatrico) e dal trasferimento ad altro ordine della categoria degli Assistenti Sanitari operata proprio attraverso la summenzionata legge di riforma.

Gli Ordini provinciali OPI sono enti di diritto pubblico non economici, istituiti e regolamentati da apposite leggi (DLCP 233/46 e DPR 221/50), dotati di una propria autonomia gestionale e decisionale, sono posti sotto la vigilanza del Ministero della Salute e coordinati nelle loro attività istituzionali dalla Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche. In Italia ci sono 102 OPI: i primi si sono costituiti nel 1954 (legge 29 ottobre 1954, n. 1049). La norma affida agli Ordini una finalità esterna e una finalità interna:

– La Finalità Interna è rivolta agli infermieri iscritti all'Albo che l'Ordine è tenuto a tutelare nella loro professionalità esercitando il potere di disciplina, contrastando l'abusivismo, vigilando sul rispetto del Codice deontologico, favorendo la crescita culturale degli iscritti, attraverso la formazione e l'aggiornamento, offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale.

– La Finalità Esterna è rivolta alla tutela del cittadino/utente che ha il diritto, sancito dalla Costituzione, di ricevere prestazioni sanitarie da personale qualificato, in possesso di uno specifico titolo abilitante, iscritto ad un Albo Professionale che provvede alla garanzia del Professionista rispetto ai requisiti previsti.

Tutta l'attività istituzionale è sovvenzionata dalle quote degli iscritti, che, ogni Ordine, stabilisce in rapporto alle spese di gestione della sede, al programma di iniziative (corsi, informazione, rivista, consulenza legale, ecc.) e alla quota da versare alla Federazione Nazionale per finanziare le iniziative centrali.

Riportiamo di seguito una breve elencazione delle principali novità che, oltre al cambio di denominazione la legge 3/2018 ha immediatamente apportato ovvero apporterà in fase successiva attraverso una serie di decreti attuativi emanati dal Ministero della Salute.

Novità applicate dall'entrata in vigore della Legge 3/2018:

- passaggio da enti ausiliari a sussidiari dello Stato (in base al principio di sussidiarietà, a differenza del passato potranno essere svolti compiti amministrativi in luogo e per conto dello Stato);
- composizione e funzioni degli organi direttivi di Federazione e Ordini provinciali, compresi i Collegi dei revisori dei conti;

- introduzione delle Commissioni d’Albo e separazione della funzione istruttoria da quella giudicante;
- normativa per elezione organi, rinnovi e relative limitazioni e incompatibilità;
- criteri e modalità per lo scioglimento degli organi, per la sfiducia delle cariche anche prese singolarmente, per il commissariamento dell’ente da parte del Ministero della Salute;
- la tenuta degli Albi, la riscossione e l’erogazione dei contributi, l’istituzione delle assemblee dei presidenti di albo, le sanzioni, i procedimenti disciplinari e i ricorsi.

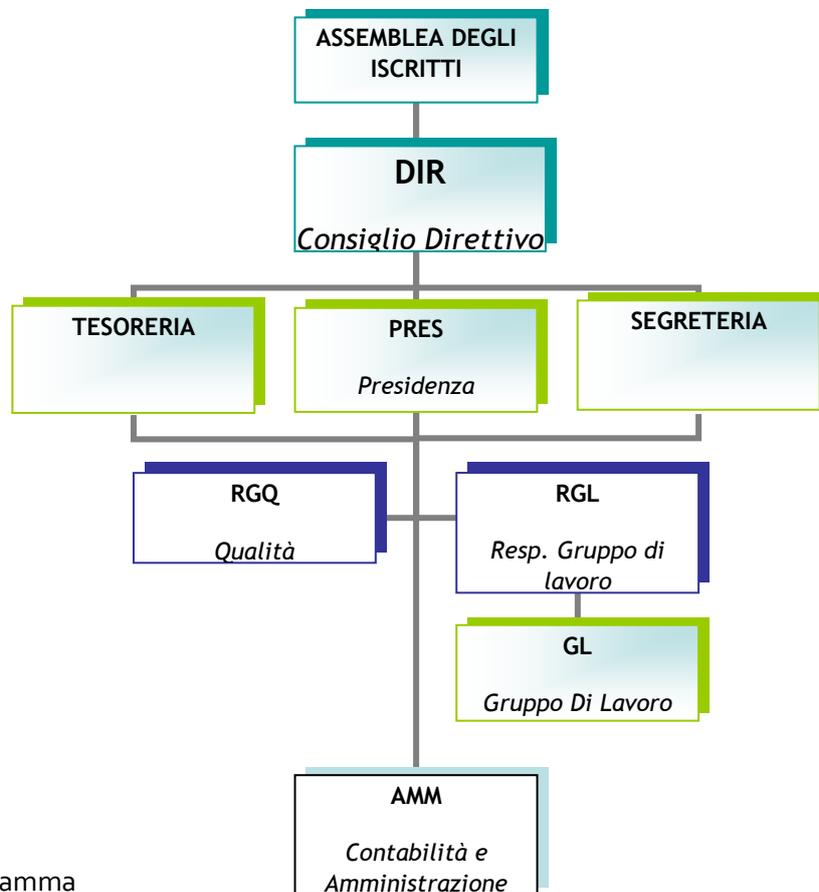
Tali cambiamenti stanno segnando e provocheranno nei prossimi anni dei mutamenti profondi non solo nelle funzioni, ma anche negli assetti organizzativi stessi degli Ordini provinciali.

Sarà cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza in collaborazione con il Consiglio Direttivo dell’Ente, monitorare come tali cambiamenti potranno incidere sugli aggiornamenti del Piano Triennale 2018/2020 e proporre gli eventuali correttivi e le integrazioni che si renderanno necessari al fine di perseguire l’ottica di efficacia ed efficienza, che si propone quale obiettivo primario per la corretta integrazione del sistema proposto nel PTPCT e le funzioni dell’ente.

1.2 L’ORGANIZZAZIONE INTERNA

Gli organi di gestione dell’Ente sono:

Il Consiglio Direttivo, Il Collegio dei revisori dei conti, l’Assemblea ordinaria e l’Assemblea elettiva
Figura nr. 1

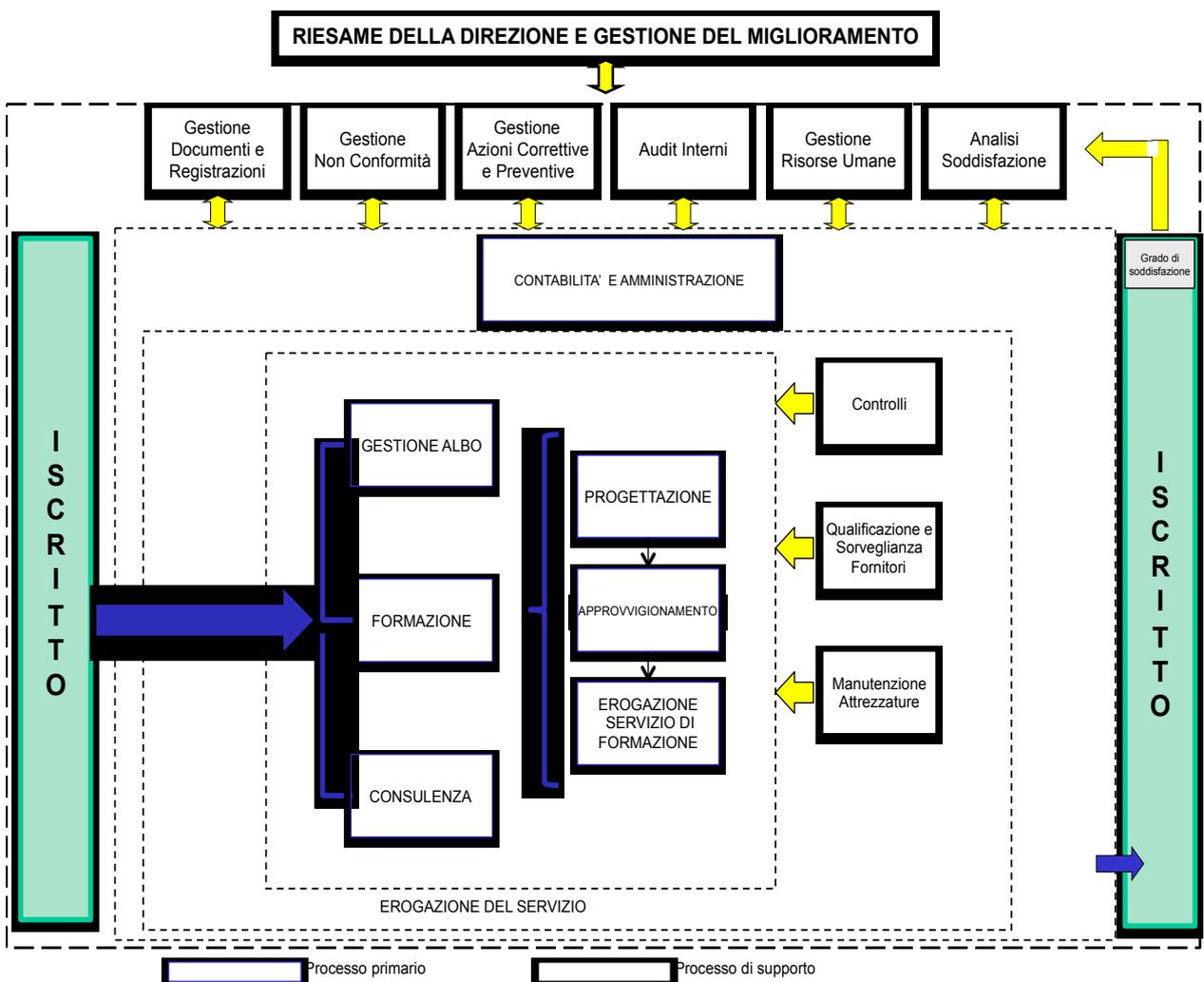


(Fig. 1) Organigramma

Come da Legge 3/2018 il Consiglio Direttivo e il Collegio dei revisori dei conti saranno eletti ogni quattro anni dall'Assemblea elettiva composta dagli iscritti all'OPI di Belluno.

Il personale impiegato presso la segreteria amministrativa e contabile dell'ente, così come da pianta organica, si compone di un'unica unità in fascia C2.

I processi per lo svolgimento delle attività dell'OPI di Belluno si distinguono fra "processi primari" e "processi di supporto": Figura nr. 2.

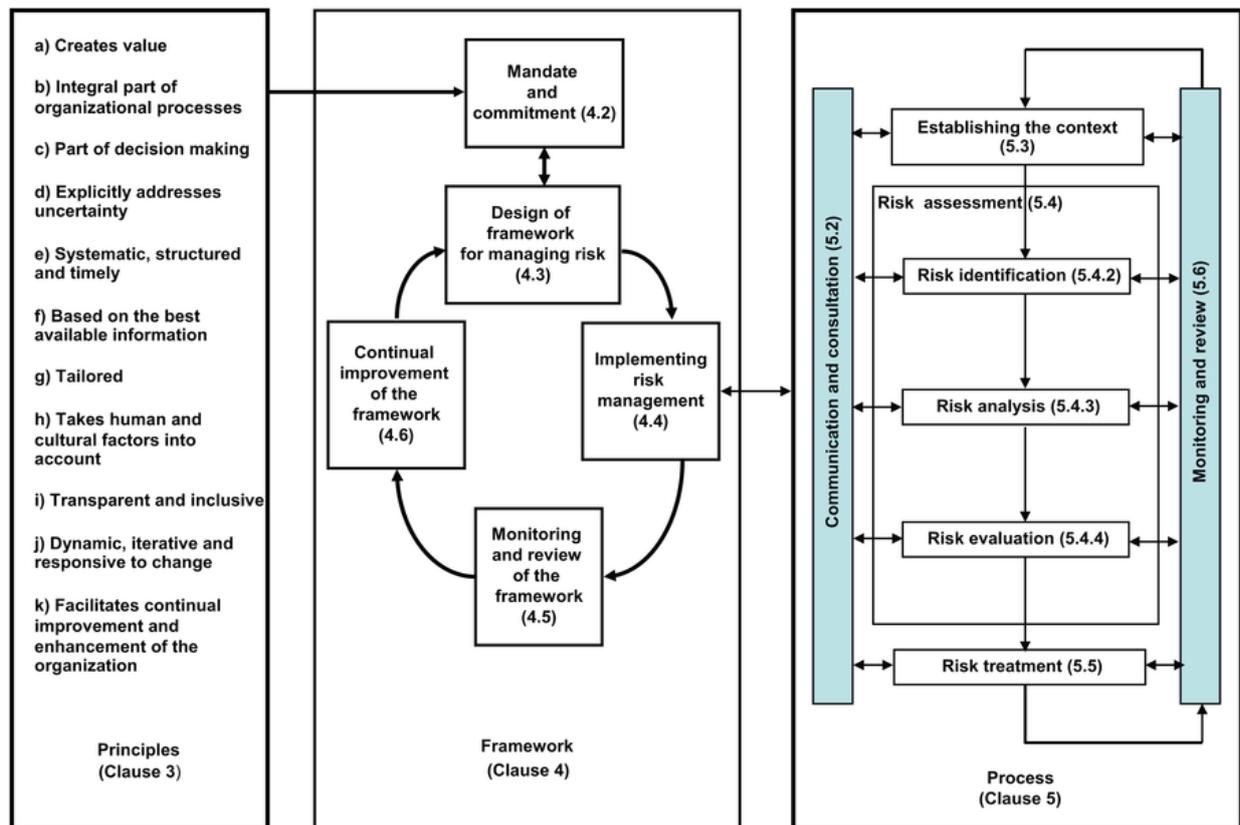


(Fig.2) Mappatura dei Processi

2. LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

2.1 METODOLOGIA UTILIZZATA

Ai fini della stesura di un piano prevenzione dei rischi di corruzione sono state utilizzate le indicazioni delle linee guida della Federazione Nazionali Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) che hanno adattato alla specificità della struttura organizzativa i metodi d'indagine e analisi dei rischi, oltre ad un sistema di indagine basato sul Risk Management secondo i criteri dello standard internazionale ISO 31000 raccomandato dai PNA ANAC.



Fonte: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:31000:ed-1:v1:en>

(Fig. 3) Rapporti tra i principi di gestione del rischio, la struttura e il processo ISO 31000:2009

2.2 IL MODELLO ORGANIZZATIVO

L'analisi del rischio è stata strutturata a partire dalle aree a rischio, in linea con quanto riportato nel PNA rilasciato nel 2013 e nei successivi aggiornamenti, distinguendo tra "Aree generali" (comuni a tutte le Amministrazioni) e "Aree specifiche" (individuata dalla singola Amministrazione), tenendo in considerazione anche la classificazione operata dal PNA 2016 nella sezione III specificatamente dedicata agli Ordini e Collegi professionali.

Di seguito le aree analizzate in quanto aderenti all'operato dell'OPI di Belluno.

Aree generali di rischio

1. Processi finalizzati all'acquisizione e alla progressione del personale
2. Contratti pubblici

3. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario
4. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario
5. Incarichi e nomine
6. Affari legali e contenzioso
7. Gestione delle entrate e delle spese

Aree di rischio di cui alla Sez. III del PNA 2016

1. Formazione professionale
2. Indicazione di professionisti

Aree specifiche di rischio

1. Attività Istituzionali
2. Tutela dei dati personali
3. Gestione delle comunicazioni
5. Formazione generalista e specialistica

2.3 I SOGGETTI COINVOLTI

Come raccomandato dall’Autorità Anticorruzione, i contenuti del presente Piano sono stati definiti con la collaborazione e la partecipazione di tutte le componenti del Consiglio Direttivo dell’OPI di Belluno.

Coerentemente con tali indicazioni, i soggetti che concorrono all’implementazione del sistema di gestione del rischio di corruzione presso l’OPI di Belluno, sono:

- Il Consiglio Direttivo
- il Responsabile della prevenzione (RPCT), le cui funzioni sono individuate dalla normativa (decreto legislativo n. 97/2016 che modifica la legge 190/2012, PNA 2013 e relativi allegati, aggiornamento 2015 al PNA 2013, PNA 2016);
- il RASA (Responsabile dell’Anagrafe unica delle Stazioni Appaltanti)
- la dipendente e i collaboratori

2.4 RESPONSABILITÀ

▪ **Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPTC)**

La figura del RPTC è stata istituita dalla legge 6 novembre 2012 n. 190, in questa sede si rimanda integralmente al documento ANAC "Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)" Allegato n.2 della Delibera n. 1074 del 21.11.2018 *Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2018 al PNA* ¹

Rispetto al tema delle responsabilità del RPCT determina nello specifico che: "A fronte dei compiti attribuiti, la legge 190/2012 prevede (art. 12 e 14) anche consistenti responsabilità in capo al RPCT. In

¹

https://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/Atti/Delibere/2018/Allegato_2_PNA_quadronormativo2.pdf

particolare, l'art. 12 stabilisce che "In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e ALLEGATO 2 all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano". L'art. 14 stabilisce altresì che "In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile (...) risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, (...) nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano. La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare".

▪ Dirigenza e dipendenti

Le misure adottate nel PTPC devono essere rispettate dalla dirigenza e dai dipendenti (Codice di comportamento); "La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare" (art. 1, comma 14, L. n. 190).

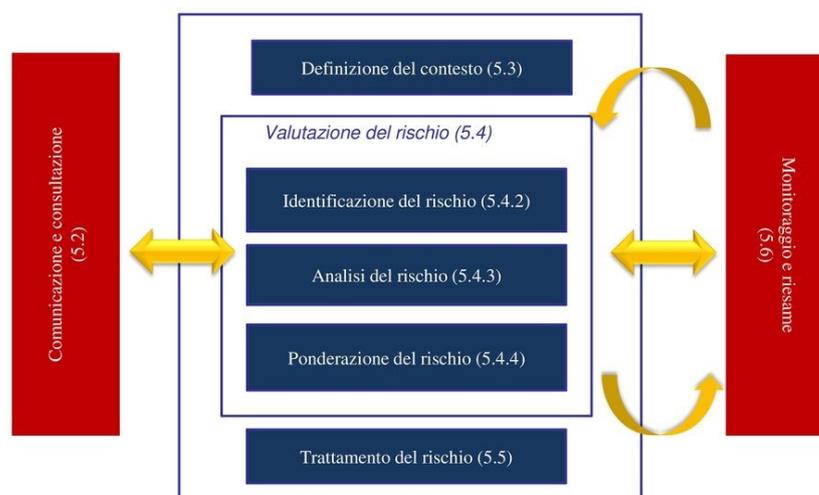
L'art. 1, comma 33, Legge 190 stabilisce che la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle Pubbliche Amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31: - costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs. n. 198 del 2009, - va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. 165 del 2001; - eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei Responsabili, o incaricati, del servizio.

3. IL PROCESSO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

3.1 PROCESSO

Lo standard ISO 31000 si articola secondo lo schema seguente: Figura nr. 5

ISO 31000:2009 – Processo



Fonte: Estratto da ISO 31000:2009

(Fig. 4) Processo ISO 31000:2009

Considerando pertanto questo schema quale riferimento, il processo per la gestione del rischio di corruzione sviluppato dall'OPI di Belluno si articola secondo il seguente indice:

- Analisi del contesto interno
- Analisi del contesto esterno
- Identificazione dei rischi di corruzione
- Analisi dei rischi di corruzione
- Misurazione e valutazione dei rischi
- Priorità d'intervento
- Trattamento del rischio di corruzione

3.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

▪ Ambito gestionale

Per l'analisi dell'ambito gestionale è stato utilizzato, quale riferimento, il lavoro svolto a partire dall'anno 2013 sul sistema di gestione della qualità dell'ente. Si propone pertanto lo schermo di monitoraggio dei processi primari e l'elenco dei processi di supporto.

Processi PRIMARI	Obiettivi	Indicatori	Frequenza monitoraggio
GESTIONE ALBO	Aggiornamento dei dati anagrafici degli iscritti	1) Percentuale di posta restituita all'ufficio rispetto a quella inviata	Annuale
	Controllo Casellario giudiziale iscritti	2) In 6 mesi il numero di iscritti controllati deve essere pari alla metà degli iscritti dell'anno	Semestrale
FORMAZIONE	Rispetto del Programma triennale	3) Numero di corsi erogati all'anno 4) Numero di crediti attribuiti all'anno 5) Numero di partecipanti per evento	Annuale
CONSULENZA	Monitoraggio del servizio	6) Numero di consulenze offerte e tipologia	Annuale
CONTABILITA' E AMMINISTRAZIONE	Rispetto degli adempimenti dell'Ente	7) Scadenze non rispettate	Semestrale
	Rispetto dei vincoli del Regolamento di Contabilità	8) Pareggio di Bilancio	Annuale

(Fig.5) Monitoraggio dei Processi Primari

Processi di supporto per i quali sono state realizzate apposite procedure gestionali:

- Controlli
- Qualificazione e sorveglianza fornitori
- Manutenzione attrezzature
- Gestione documenti e registrazioni
- Gestione non conformità

- Gestione azioni correttive e preventive
- Audit interni
- Gestione risorse umane
- Analisi soddisfazione
- Riesame della Direzione e gestione del miglioramento

▪ Ambito organizzativo

Per l'analisi dell'ambito organizzativo, l'obiettivo è stata la rilevazione dei livelli di competenze di cui può avvalersi l'ente e se sono disponibili dei sistemi e delle tecnologie utili alla gestione del rischio. Considerando inoltre le interazioni tra gli altri soggetti preposti a funzioni di programmazione e controllo, quale la FNOPI.

▪ Ambito culturale²

Per l'analisi dell'ambito culturale, è stata presa in considerazione sia la cultura del rischio che la cultura etica presente e condivisa nell'organizzazione.

Gli elementi raccolti negli ambiti esposti sono stati integrati in un'analisi SWOT delle varie caratteristiche organizzativo-gestionali dell'ente.

S	W	O	T
Strengths	Weaknesses	Opportunities	Threats
erogazione del servizio adeguatamente strutturata	informatizzazione dei sistemi ancora in fase di sviluppo	passaggio da Collegi a Ordini Professionali	pressioni circa l'implementazione dei sistemi organizzativi e tecnologici secondo norma, in relazione alle risorse disponibili sia economiche che umane
indicatori di controllo attività efficienti	difficoltà di programmazione di medio e lungo periodo	totale informatizzazione dei sistemi	
progressiva informatizzazione di sistemi	ridotte unità operative	integrazione dei piani di prevenzione ai sistemi gestionali e al controllo dei dati	
supporto FNOPI		dati di soddisfazione dell'utenza	
cultura etica prevalente			
attitudine al cambiamento			

Tavola nr. 1 – S.W.O.T. check list

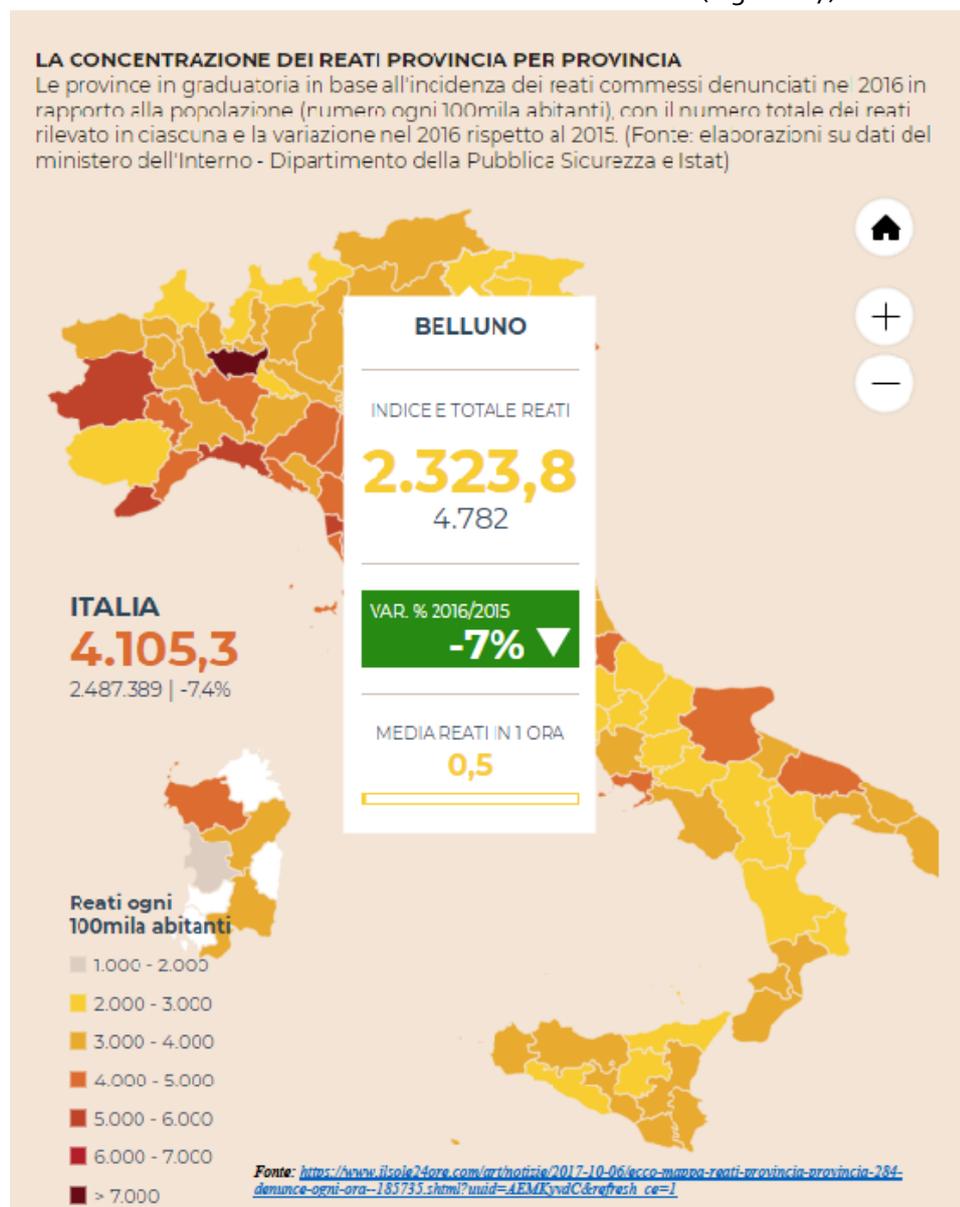
² Quali fonti informative per la stesura del piano di analisi oltre al materiale fornito dalla FNOPI "Supporto metodologico per l'implementazione di un sistema di prevenzione della corruzione negli Ordini delle Professioni Infermieristiche" ci si è avvalsi del materiale didattico "Analisi di contesto: finalità, strumenti di analisi e rilevazione del livello di cultura etica" reso disponibile da FormezPA al seguente link http://fondistrutturali.formez.it/sites/all/files/9_1_4_risk_management.pdf

3.3 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

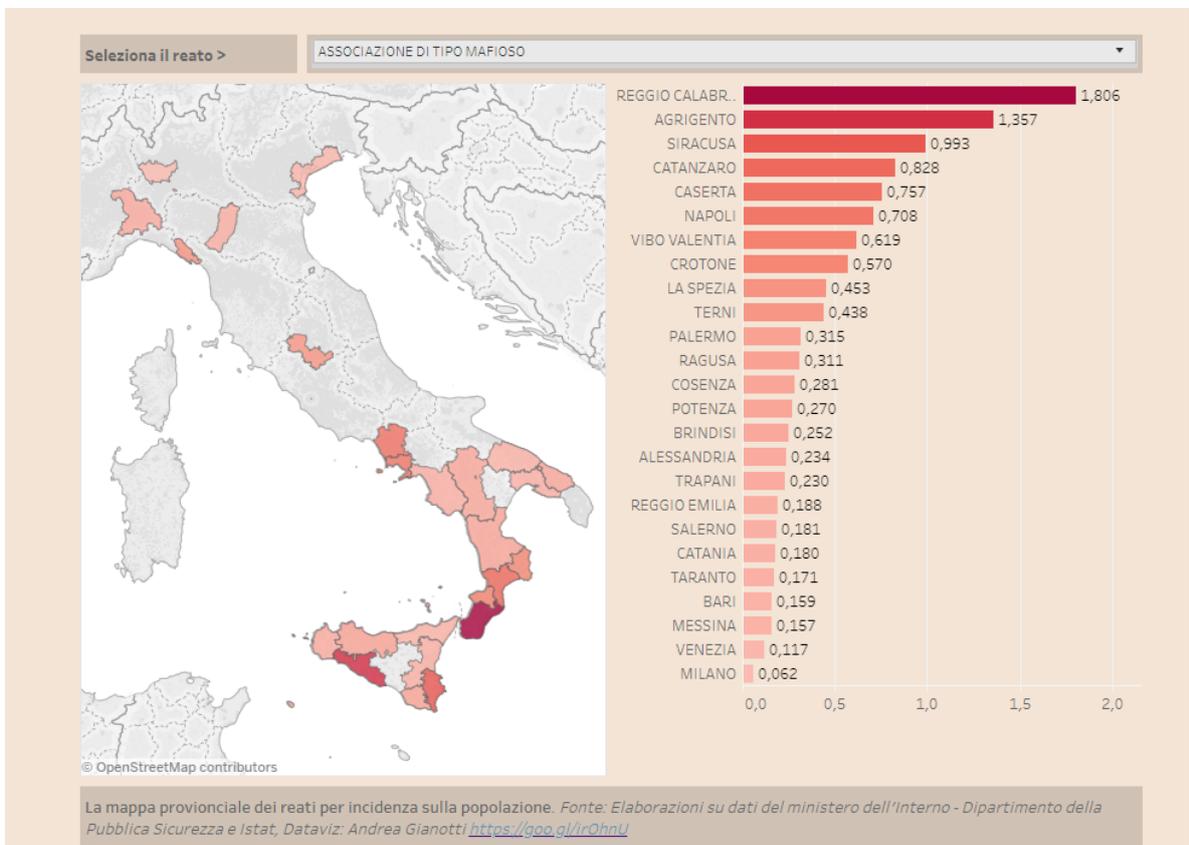
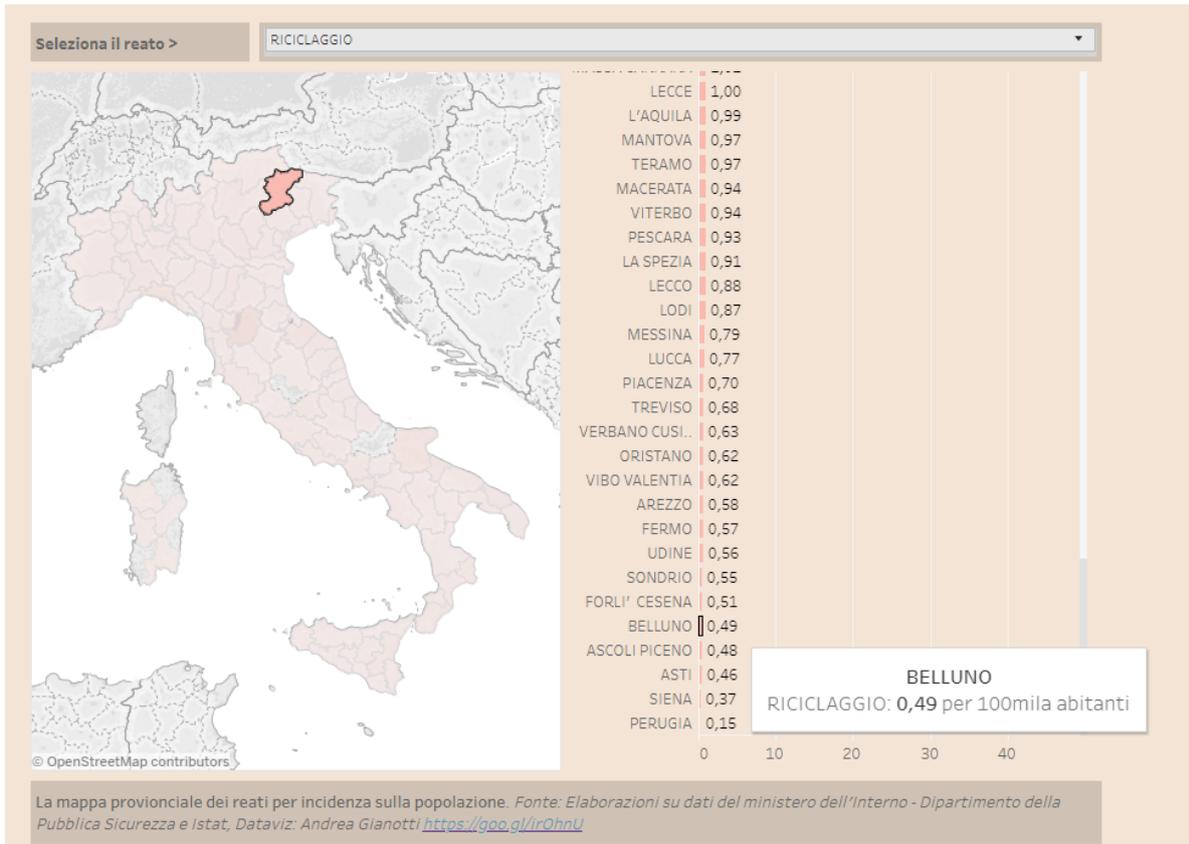
Come indicato nella determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015, l'analisi del contesto esterno rappresenta una indispensabile fase del processo di gestione del rischio, attraverso la quale ottenere informazioni necessarie a comprendere come il rischio di corruzione possa manifestarsi all'interno dell'amministrazione per via della specificità dell'ambiente in cui la stessa opera in termini di strutture territoriali e dinamiche sociali, economiche e culturali.

Il contesto territoriale emerso dalle statistiche sull'attività delittuosa, elaborate sui dati del Ministero dell'Interno - dipartimento della Pubblica Sicurezza sul finire del 2017, non desta particolari preoccupazioni.

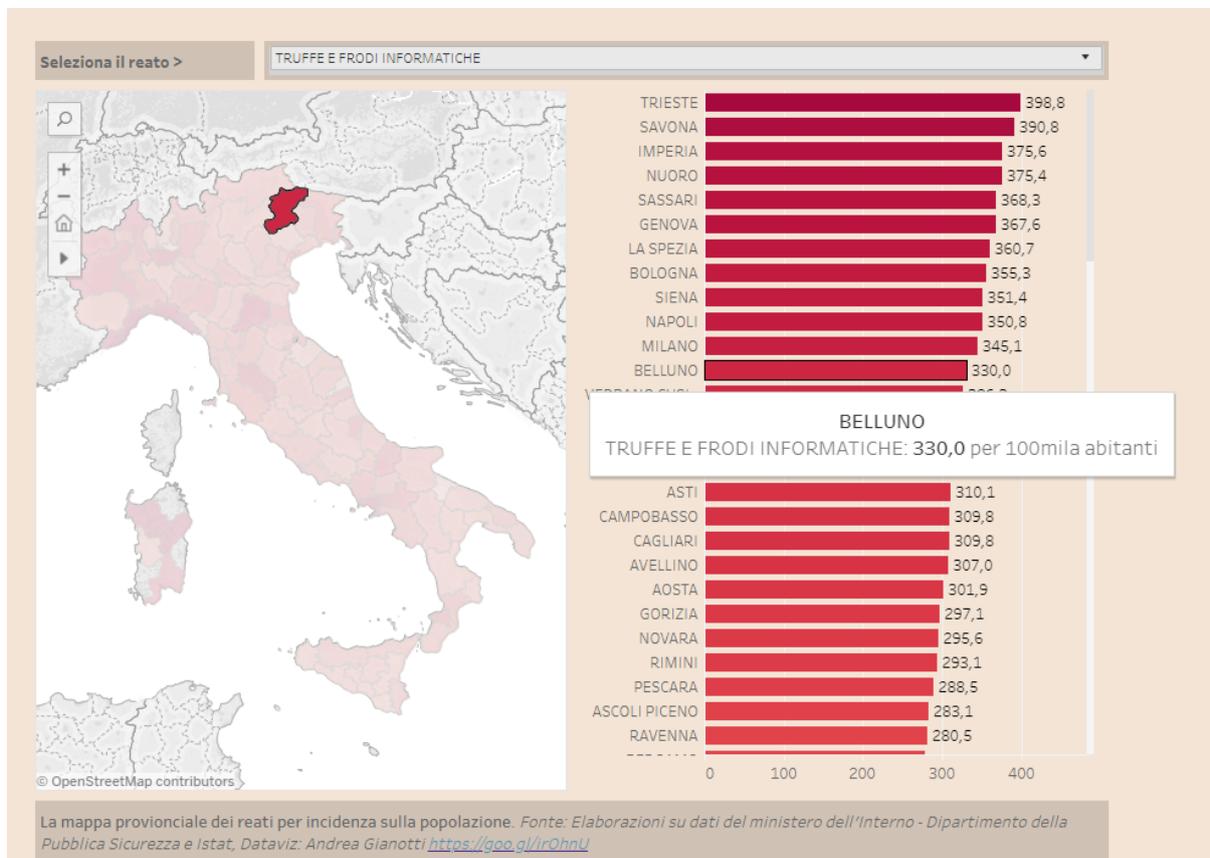
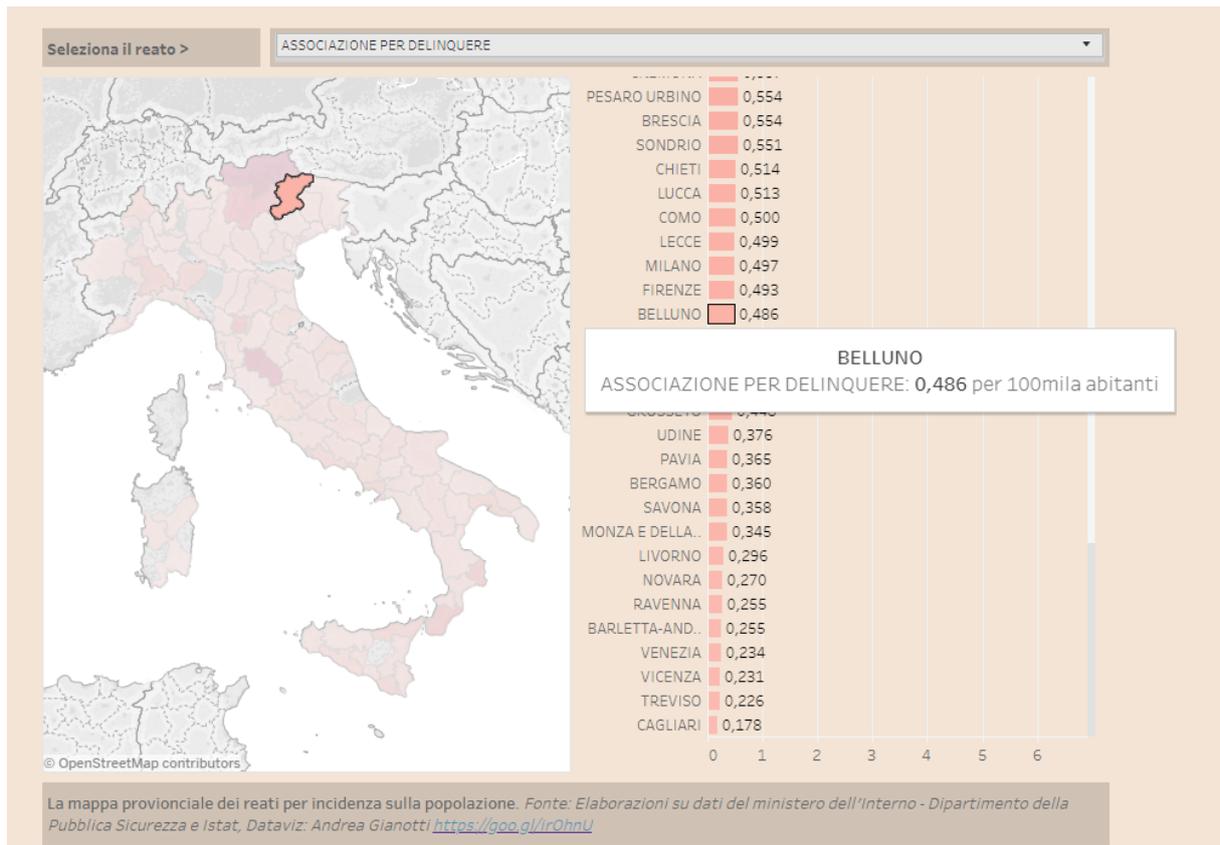
Nel complesso la situazione appare, appunto, non preoccupante rispetto a generi delittuosi attuabili direttamente sul territorio (Figura n.6), emerge altresì un dato che sollecita attenzione rispetto alle attività criminose attuate attraverso i sistemi informatici (Figura n.7).



(Fig.6) Reati per Provincia



Fonte: <http://www.infodata.ilsole24ore.com/2017/10/09/furti-rapine-truffe-informatiche-le-classifiche-dei-reati-2016-provincia/> (Fig.7) Tipologia Reati per Provincia



Fonte: <http://www.infodata.ilssole24ore.com/2017/10/09/furti-rapine-truffe-informatiche-le-classifiche-dei-reati-2016-provincia/> (Fig.7) Tipologia Reati per Provincia

Ciò premesso, ritenendo il contesto esterno non di particolare rilevanza rispetto al rischio di corruzione sulle attività dell'Opi di Belluno si propone di seguito un'analisi schematica di ulteriori fattori presi in considerazione con l'evidenziazione del fattore ritenuto più debole in termini di vulnerabilità delle informazioni gestite dall'Ente.

Fattori Politici		Fattori Economici	
-Provvedimenti adottati dal Consiglio Direttivo -Norme	<i>Non significativi. La tenuta dell'Albo, pur presentando teorici profili di rischio, in realtà è completamente regolata dalla legge, cosicché risulta sostanzialmente annullata la rischiosità.</i>	<i>Non significativi. Alla data di stesura del presente documenti si rileva un Bilancio sano, mentre per gli affidamenti vengono utilizzate metodologie normate e trasparenti</i>	-Risorse economiche disponibili e loro impiego secondo la programmazione politica dell'Ente -Affidamenti
Fattori Sociali		Fattori Tecnologici	
-Condizioni di lavoro -Reputazione dell'Ente -Offerte formative agli iscritti	<i>Non Significativi</i>	 <i>Necessarie implementazioni organizzative sul processo digitale per una miglior efficacia sul sistema di sicurezza e archiviazione dei dati rilevanti.</i>	-Livello di digitalizzazione della struttura e competenze ITC

Tavola nr. 2 - P.E.S.T. check list

3.4 IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI DI CORRUZIONE

A seguito della contestualizzazione ambientale e gestionale in cui opera l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Belluno, l'analisi si è concentrata sull'identificazione dei rischi di corruzione utilizzando quale riferimento le tabelle proposte dalla FNOPI e la sezione III° della delibera n. 831 del 03.08.2016 ANAC "Determinazione di approvazione definitiva del PNA 2016".

Il modello di gestione del rischio di corruzione implementato dalla FNOPI, e in questa fase utilizzato quale tassonomia identificativa dei rischi ai sensi del paragrafo 1.2 sez. III° delibera ANAC nr.831 del 03.08.2016, ha identificato una serie di elementi che caratterizzano lo schema di frode:

- i comportamenti, ossia le modalità operative attraverso le quali, concretamente, è attuato l'atto di corruzione. Un atto di frode può essere compiuto anche ponendo in essere più comportamenti;
- le cause, intese come l'impulso volontario o coatto, attinente la sfera personale, organizzativa, ambientale o procedurale, alla commissione di una condotta illecita. Il rischio

di corruzione e i comportamenti a esso associati, sono sempre determinati da una o più cause;

- i **fattori abilitanti** che agevolano il concretizzarsi dei comportamenti e quindi consentono di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per contenere la probabilità di accadimento e gli effetti di un determinato evento.

I codici identificativi sono stati normalizzati per essere integrati con i processi dell'OPI di Belluno, gli stessi sono rilevabile nel prospetto dedicato alla catalogazione del rischio in relazione alla fase di processo in cui potrebbe essere potenzialmente rilevante.

TABELLA 1 - EVENTI RISCHIOSI TIPICI (TASSONOMIA FNOPI)

Codice	Denominazione Evento rischioso	Area di rischio
IP 1	Alterazione dell'istruttoria volta a favorire o sfavorire candidati particolari	Attività istituzionali
IP 2	Alterazione dello scrutinio volta a favorire o sfavorire candidati particolari	
IP 3	Alterazione volontaria dei sistemi di verifica per favorire un soggetto particolare	
IP 4	Alterazione volontaria del processo di trasferimento atto a favorire/sfavorire un soggetto particolare	
IP 5	Alterazione volontaria del processo di trasferimento per fini elettorali	
IP 6	Alterazione volontaria del processo di cancellazione atto a favorire/sfavorire un soggetto particolare	
IP 7	Alterazione volontaria del processo di vigilanza atto a rendere possibile l'esercizio della professione da parte di un soggetto	
IP 8	Alterazione volontaria del processo di vigilanza atto a favorire comportamenti non appropriati da parte di soggetti	
IP 9	Alterazione volontaria dell'esercizio del potere disciplinare atto a favorire/sfavorire un soggetto particolare	
IP 10	Alterazione volontaria delle graduatorie atto a favorire o sfavorire candidati particolari	
IP 11	Alterazione volontaria del processo di selezione dei docenti/providers atto a favorire soggetti particolari	Indicazioni di professionisti per lo svolgimento di incarichi
IP 12	Alterazione volontaria del processo di selezione di consulenti	
IP 13	Alterazioni volontarie nella gestione del protocollo volte a favorire e/o sfavorire soggetti particolari	Gestione delle comunicazioni
IP 14	Utilizzo improprio degli strumenti di lavoro	Gestione Personale
IP 15	Alterazione dell'orario di lavoro	
IP 16	Alterazione dei rimborsi per spese di missioni	
IP 17	Manipolazioni nella gestione dei corsi finalizzate a favorire soggetti particolari	Formazione Professionale
IP 18	Volontaria alterazione delle procedure di approvvigionamento (inferiori a 40.000) finalizzata a favorire e/o sfavorire un	Gestione delle entrate e delle spese
IP 19	Volontaria alterazione del processo di elargizione dei contributi atto a favorire o sfavorire Iscritti particolari	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario
IP 20	Favoreggiamento di un soggetto particolare nella partecipazione alle commissioni di valutazione	
IP 21	Volontaria alterazione della procedura di riscossione delle quote associative per favorire soggetti particolari	
IP 22	Alterazione volontaria del programma formativo atto a favorire stakeholders (providers/docenti/associazioni)	Formazione Professionale

TABELLA 2 – FATTORI ABILITANTI (TASSONOMIA FNOPI)

Codice	Denominazione Fattori abilitanti
FA01	Affidamento di tutta la procedura al medesimo soggetto (monopolio decisionale)
FA02	Assenza di controlli sulle comunicazioni
FA03	Assenza di programmazione
FA04	Assenza di requisiti specifici per la valutazione (delle istanze, delle candidature, ecc.)
FA05	Assenza di rotazione
FA06	Assenza di strumenti di cifratura delle chiavi di accesso
FA07	Assenza di una procedura di controllo degli accessi
FA08	Assenza/non efficacia dei controlli
FA09	Competenze tecniche accentrate (monopolio delle competenze)
FA10	Eccessiva discrezionalità
FA11	Mancanza di conoscenza del processo
FA12	Mancanza di definizione delle responsabilità
FA13	Mancanza di procedimentalizzazione
FA14	Mancanza di regole
FA15	Mancanza monitoraggio dei risultati
FA16	Mancanza trasparenza
FA17	Monopolio del potere decisionale
FA18	Monopolio delle competenze
FA19	Monopolio delle informazioni
FA20	Possibile intromissione nelle operazioni elettorali per il ruolo esercitato
FA21	Prassi
FA22	Presenza di soggetti estranei nella fase conclusiva della redazione dei verbali
FA23	Procedure informali
FA24	Scarsa conoscenza del codice deontologico
FA25	Scarsa conoscenza dell'ambito disciplinare
FA26	Scarso utilizzo strumenti a supporto
FA27	Sistema informativo fallace
FA28	Situazioni organizzative disagiate o non strutturate
FA29	Situazioni territoriali che facilitano la contiguità

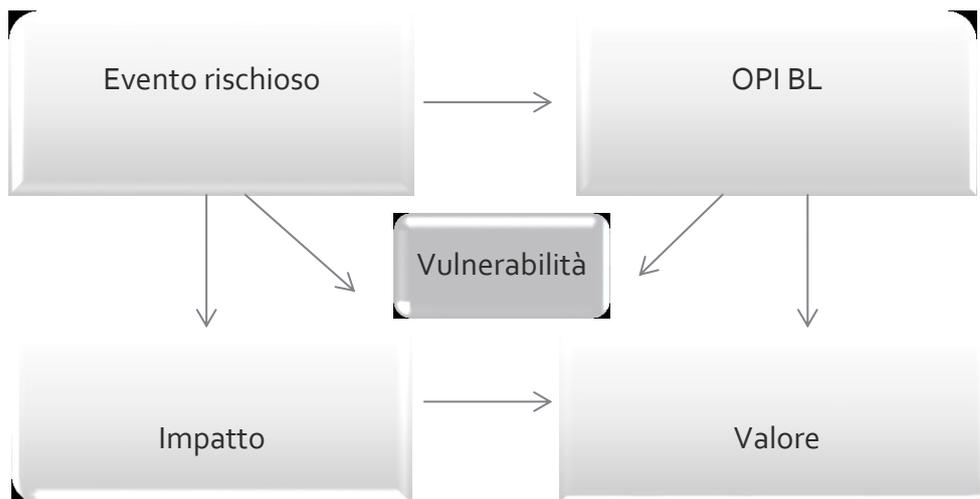
3.5 ANALISI DEI RISCHI DI CORRUZIONE

Come anticipato nella conclusione del paragrafo dedicato all'identificazione dei rischi, il lavoro di analisi del contesto esterno ed interno e i rischi identificati correlati ai fattori abilitanti, sono gli elementi integrati nel prospetto dedicato alla catalogazione del rischio in relazione alla fase di processo in cui potrebbero essere potenzialmente rilevanti, i dati aggregati costituiscono **l'Allegato n. 1 Catalogo dei rischi corruttivi**.

Nel Catalogo dei rischi corruttivi sono state elencate le fasi del Processo ritenute rilevanti per l'area di rischio, a queste sono stati affiancati i codici e le descrizioni della **Tabella 1 Eventi rischiosi tipici**; secondariamente per ciascuna fase è stata evidenziata una modalità potenzialmente rischiosa legandola quindi ai **Fattori Abilitanti descritti nella Tabella 2**.

3.6 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI

Per la misurazione e la valutazione del rischio contenuta nell'Allegato n.1 Catalogo dei rischi corruttivi, è stato utilizzato un modello generale di valutazione del rischio e una valutazione di tipo *Control & Risk Self-Assessment – CRSA*, che ha coinvolto i soggetti identificati nel paragrafo 2.3.



Il rischio è stato valutato come "inerente", ovvero il rischio inteso in una situazione priva di qualsiasi azione di mitigazione dell'evento potenziale.

Griglia Valori di Valutazione Rischio Inerente

Rischio = Probabilità X Impatto

Impatto			1	2	3
	3	3	6	9	
	2	2	4	6	
	1	1	2	3	
	Probabilità				
	rischio basso	rischio medio	rischio elevato		

3.7 PRIORITÀ DI INTERVENTO

Per la conclusione del processo di analisi, come indicato dallo Standard ISO 31000:2009, è stata avviata la ponderazione dei rischi rilevati.

E risultato evidente, come dal precedente PTPCT2015/2017, che l'OPI di Belluno svolge un numero ridottissimo di attività aventi rilievo dal punto di vista corruttivo, sia sotto il profilo delle probabilità che dell'impatto che il rischio si concretizzi.

Stante la forte procedimentalizzazione delle attività, non si evidenziano rischi prioritari su cui intervenire.

4. IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

Secondo quanto indicato nel paragrafo 1.2 sez. III° delibera ANAC nr.831 del 03.08.2016 e visti i processi messi in evidenza nel Catalogo dei rischi corruttivi, seppur nel caso specifico valutati a rischio basso, si è ritenuto preferibile porre attenzione alle misure di trattamento sviluppate dalla FNOPI nella sezione IV del "Supporto metodologico per l'implementazione di un sistema di prevenzione della corruzione negli Ordini delle Professioni Infermieristiche".

Per quanto attiene alle misure specifiche di trattamento del rischio, identificate nel corso di focus-group, la FNOPI identifica in particolare:

- il controllo degli adempimenti all'iscrizione all'Ordine
- chiarimento e attuazione del regolamento di procedimento disciplinare
- informatizzazione
- sviluppo di politiche per la valorizzazione del personale

Di seguito vengono riproposte le griglie di programmazione delle misure associate ai rischi evidenziando lo stato di attivazione e/o programmazione presso l'OPI di Belluno.

MISURA SPECIFICA - CONTROLLO ADEMPIMENTI ISCRIZIONE ALL'ORDINE				
Fasi	Tempi	Output	Responsabile	Indicatore
aggiornamento fonti informative Procedura Operativa 01	entro il 31.03.2019	aggiornamento Indice MAN OP	Segretari Istituzionale	si/no
formalizzazione reportistica (tempi, contenuti, soggetti)	entro il 31.03.2019	aggiornamento Indice Modulistica	Segretari Istituzionale	si/no
esecuzione controllo	annuale	Delibera approvazione revisione Qualità	Consiglio Direttivo	si/no
trasmissione dei dati	entro 1 settimana da esecuzione controllo	Verbale	Segretaria Istituzionale	si/no
definizione target di miglioramento	entro 31/12	Piano di miglioramento	Il consiglio direttivo	si/no

MISURA SPECIFICA - ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE DEL CODICE DISCIPLINARE				
Fasi	Tempi	Output	Responsabile	Indicatore
Aggiornamento linee guida "semplificazione regolamento per il procedimento disciplinare" da parte della Federazione	da definirsi con FNOPI – attualmente regolamento approvato con delibera nr. 52/2015	Recepimento	Consiglio direttivo	Delibera
Pubblicazione	da definirsi con FNOPI – attualmente regolamento approvato con delibera nr. 52/2015	Pubblicazione su intranet	Segretaria	si/no
Comunicazione interna	da definirsi con FNOPI – attualmente regolamento approvato con delibera nr. 52/2015	Circolare interna/Formazione	Consiglio direttivo	Verbale
Monitoraggio	da definirsi con FNOPI – attualmente regolamento approvato con delibera nr. 52/2015	Report	Consiglio direttivo	Verbale

MISURA SPECIFICA - CRILEVAZIONE DEL FABBISOGNO FORMATIVO				
Fasi	Tempi	Output	Responsabile	Indicatore
Acquisizione linee guida centralizzate sui temi formazione (eventuale)	da definirsi con FNOPI	Linee Guida	Responsabile Formazione	Verbale/Delibera
Acquisizione delle istanze locali	report online	Report		
Redazione report fabbisogno formativo	31 dicembre			
Predisposizione del piano formativo	gen-2019	Piano di formazione	Segretaria	si/no
Pubblicazione	entro 2 settimane da approvazione bilancio	Pubblicazione		
Comunicazione all'Assemblea degli iscritti	Entro 31 marzo	Comunicazione	Presidente/Consiglio direttivo	Verbale
Monitoraggio	01 luglio	Report di monitoraggio	Responsabile Formazione	Verbale

MISURA SPECIFICA - REGOLAMENTAZIONE INCARICHI DI CONSULENZA/PRESTAZIONI OCCASIONALI				
Fasi	Tempi	Output	Responsabile	Indicatore
Costituzione di un team di lavoro per rilevazione criticità	entro dicembre 2020	Circolare interna/ordine di servizio	Consiglio direttivo	si/no
Analisi della regolamentazione interna ed esterna	entro dicembre 2020	Nota scritta	Team	si/no
Predisposizione/creazione della procedura	entro dicembre 2020	Bozza nuovo regolamento	Team	si/no
Approvazione da parte degli organi direttivi	entro dicembre 2020	Nuovo regolamento	Consiglio direttivo	si/no
Pubblicazione	entro dicembre 2020	Pubblicazione	Segretaria	si/no
Monitoraggio	entro dicembre 2020	Report di monitoraggio	Team	Verbale

5. TRASPARENZA E OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ

La sezione del sito istituzionale "Amministrazione Trasparente" dell'OPI di Belluno è strutturata secondo quanto previsto dalla normativa vigente ed in particolare dalla L. 33/2013, così come riformata dal D.lgs. 97/2016.

La responsabilità del monitoraggio delle pubblicazioni relative agli obblighi della normativa sulla trasparenza è in capo al RPCT.

Per soddisfare le eventuali richieste informative provenienti dall'esterno, è stato pubblicato il Regolamento di accesso agli atti e sulla trasparenza amministrativa approvato dal Consiglio Direttivo con delibera nr. 12/2015 che disciplina le modalità di esercizio ed i casi di esclusione e differimento del diritto di accesso ai documenti amministrativi.

Tutti i processi organizzativo-gestionali e gli strumenti volti a garantire la massima trasparenza nell'attività amministrativa dell'OPI di Belluno saranno oggetto di verifica per ottemperare, attraverso un'attività di monitoraggio costante, a quanto prescritto dalla normativa vigente.

Al Consiglio Direttivo rimane la responsabilità della verifica della compliance del sistema adottato dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Belluno con tutti gli obblighi di legge in materia.