



**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DI BERGAMO**

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TUTELA DELLA TRASPARENZA 2018/2020 DELL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BERGAMO

- I. Premessa**
- II. Il contesto di riferimento**
 - a. Quadro normativo**
- III. Il sistema di gestione del rischio**
 - a. Metodologia utilizzata**
 - b. Il modello organizzativo**
 - c. I ruoli e le responsabilità dei soggetti coinvolti**
- IV. Analisi del contesto di riferimento**
 - a. Analisi del contesto esterno**
 - b. Analisi del contesto interno**
- V. Il processo di gestione del rischio corruzione**
 - a. Valutazione e misurazione dei rischi di corruzione**
 - b. Trattamento dei rischi**
- VI. Trasparenza e obblighi di pubblicità**

Approvato con delibera n. 65 del 28/08/2019



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BERGAMO

I. Premessa

Il presente Piano costituisce lo strumento di pianificazione del sistema di prevenzione della corruzione dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bergamo 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 sul finire del 2015 e nel corso del 2016 (Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 – Aggiornamento 2015 al PNA 2013, decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 971, Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 – PNA 2016).

Il PTPC 2018-2020 descrive i principi e la metodologia su cui si fonda l'attuale Sistema di prevenzione dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bergamo, nonché il processo attraverso il quale si è riusciti a identificare i rischi di corruzione e all'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione da realizzare nel prossimo triennio.

In un'ottica di progressivo miglioramento dell'impianto costruito nel corso degli anni e alla luce 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 è stato, in particolare, descritto e analizzato il livello di analisi conseguito nell'ambito dei seguenti aspetti e seguendo l'ordine:

1. Premessa;
2. Il contesto di riferimento;
3. Il sistema di gestione del rischio;
4. L'analisi del contesto di riferimento;
5. Il processo di gestione del rischio corruzione;
6. Trasparenza e obblighi di pubblicità.

Il Piano è stato portato in visione al consiglio direttivo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bergamo prima della sua approvazione definitiva - avvenuta in data 28 Agosto 2019 per garantire l'effettiva partecipazione dell'organo d'indirizzo alla fase di programmazione del sistema di prevenzione della corruzione, ai fini di una piena condivisione dell'impianto complessivo adottato.



II. Il Contesto di riferimento

a. Quadro normativo

Di seguito si riportano i principali riferimenti utili a inquadrare il panorama legislativo che governa il settore della pubblica amministrazione in cui sono inclusi anche gli Ordini delle Professioni Infermieristiche (O.P.I.).

La legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, è stata introdotta nell’ordinamento italiano in attuazione dell’art. 6 della Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall’Assemblea generale dell’ONU il 31 ottobre 2003, e degli artt. 20 e 21 della Convenzione penale sulla corruzione, adottata a Strasburgo il 27 gennaio 1999.

Tale norma è stata integrata dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, in attuazione della delega di cui all’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, recante “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”, in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

Con il decreto, sono state introdotte rilevanti modifiche intervenendo nel quadro organico degli strumenti e delle responsabilità disegnato dalla suddetta legge e dai provvedimenti normativi attuativi (d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, in materia di pubblicità e trasparenza; d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39, in tema di incompatibilità e inconfiribilità degli incarichi; D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, recante “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”; d.lgs. 50/2016 che ha introdotto il nuovo Codice dei Contratti Pubblici).

La nuova disciplina ha fornito un definitivo chiarimento sulla natura e sui contenuti del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), inquadrandolo come atto generale di indirizzo rivolto a tutte le amministrazioni che adottano il proprio Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT).

In quanto atto di indirizzo, il PNA contiene indicazioni che impegnano le amministrazioni allo svolgimento di attività di analisi della realtà amministrativa e organizzativa nella quale si svolgono le attività di esercizio di funzioni pubbliche e di attività di pubblico interesse esposte a rischi di corruzione e all’adozione di concrete misure di prevenzione della corruzione.

Inoltre, il d.lgs 97/2016 chiarisce definitivamente la natura, i contenuti e il procedimento di approvazione del PNA e, in materia di trasparenza, delimita l’ambito soggettivo di applicazione della disciplina, la revisione degli obblighi di pubblicazione nei siti delle pubbliche amministrazioni unitamente al nuovo diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria.

La norma:

- rafforza il ruolo dei Responsabili della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT) quali soggetti titolari del potere di predisposizione e di proposta del PTPCT all’organo di indirizzo;
- prevede un maggiore coinvolgimento degli organi di indirizzo nella formazione e attuazione dei Piani
- persegue l’obiettivo di semplificare le attività delle amministrazioni nella materia, ad esempio unificando in un solo strumento il PTPC e il Programma triennale della trasparenza e dell’integrità (PTTI) e

prevedendo una possibile articolazione delle attività in rapporto alle caratteristiche organizzative (soprattutto dimensionali) delle amministrazioni.

Inoltre, con il d.lgs 97/2016 viene introdotta una nuova forma di accesso civico ai dati pubblici, equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita Freedom of information act (Foia). Questa nuova forma di accesso prevede che chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, può accedere a tutti i dati detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto di alcuni limiti tassativamente indicati dalla legge.

Si tratta, dunque, di un regime di accesso più ampio di quello previsto dalla versione originaria dell'articolo 5 del decreto legislativo n. 33 del 2013, in quanto consente di accedere non solo ai dati e documenti per i quali esistono specifici obblighi di pubblicazione (per i quali permane, comunque, l'obbligo dell'amministrazione di pubblicare quanto richiesto, nel caso in cui non fosse già presente sul sito istituzionale), ma anche ai dati per i quali non esiste l'obbligo di pubblicazione e che l'amministrazione deve quindi fornire al richiedente.

Per quanto riguarda le fonti normative secondarie, in virtù del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), nonché la rilevante riorganizzazione della stessa e l'assunzione delle funzioni e delle competenze della soppressa Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici (AVCP) – l'ANAC ha acquisito il ruolo di definizione delle strategie nazionali di prevenzione e contrasto della corruzione nella Pubblica Amministrazione attraverso l'elaborazione del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) indirizzato alla quasi la totalità delle amministrazioni pubbliche così definite ai sensi dell'art. 2 del D.lgs. 165/2001.

Nell'esercizio di tale funzione, l'ANAC ha approvato l'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione con Determinazione n. 12 del 28/10/2015, con il quale ha fornito indicazioni integrative e chiarimenti rispetto ai contenuti del precitato PNA approvato con delibera n. 72 del 2013, concentrando l'attenzione sull'effettiva attuazione di misure in grado di incidere sui fenomeni corruttivi, volte a migliorare l'efficacia complessiva dell'impianto a livello sistemico.

Successivamente, l'Autorità, in linea con le rilevanti modifiche legislative intervenute, ha approvato il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2016 con delibera n. 831 del 3 agosto 2016 e il successivo Aggiornamento 2017 con delibera n. 1208 del 22 novembre 2017.

L'ANAC, inoltre, in conformità alle prerogative e ai poteri che a tale autorità sono state conferiti, rilascia frequentemente deliberazioni, Regolamenti ed altre disposizioni su temi specifici concernenti i temi della prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza, nonché, nei casi previsti per legge, può intervenire affinché le amministrazioni rispettino gli obblighi a loro carico, comminando finanche sanzioni nel caso in cui vengano violate disposizioni su cui essa ha assunto il compito di vigilare.

III. Il sistema di gestione del rischio

a. Metodologia utilizzata

Un'efficace politica di gestione del rischio comporta che siano chiaramente indicati gli obiettivi e le risorse dedicate dall'organizzazione alla prevenzione. Tale attività deve essere finalizzata alla declinazione degli obiettivi strategici della prevenzione in obiettivi operativi assegnati ai responsabili delle misure per essere eventualmente introdotti nei piani di performance purché sostenibili in termini d'impegno economico.

La gestione dei rischi rientra tra i modelli organizzativi orientati allo sviluppo della qualità dei processi gestionali, distinguendosi per avere come oggetto l'analisi di eventi inespresi, potenziali, e non problemi o criticità, già manifestatesi all'interno della realtà organizzativa.

All'interno di OPI Bergamo si è optato per adottare il modello organizzativo l'ISO 37001:2016 che rappresenta lo standard specifico in materia di prevenzione della corruzione.

b. Il modello organizzativo

Lo Standard ISO 37001:2016, "Anti-bribery Management Systems – Requirements with guidance for use" è stato pubblicato nel 2016 ed ha per oggetto specifico la gestione del rischio di Corruzione.

E' articolato in 2 sezioni:

1. la prima, descrive i requisiti del Sistema di prevenzione e i contenuti del processo di gestione;
2. la seconda, un'appendice informativa con linee guida applicative.

Tale standard può essere utilizzato da solo o congiuntamente ad altre norme sui sistemi di gestione (OPI Bergamo è accreditato ISO9001).

La scelta di questo modello organizzativo è basata sul fatto che i requisiti sono generali e sono applicabili a qualunque organizzazione, indipendentemente dalla tipologia, dimensione e natura dell'attività.

La norma si applica esclusivamente per la prevenzione dei fenomeni di corruzione e non riguarda altre tipologie di rischi; specificamente, inoltre, non si applica a: frodi, cartelli e ad altre violazioni alla concorrenza, al riciclaggio di danaro.

Lo standard definisce la corruzione, come l'azione di:

"offrire, promettere, dare, accettare o sollecitare un vantaggio non dovuto di qualsiasi natura (finanziario o non finanziario), direttamente o indirettamente, indipendentemente dal luogo, in violazione della legge applicabile come meccanismo per indurre o ricompensare una persona in modo che agisca o eviti di agire con conseguenze sulla attuazione dei propri doveri".

Tali fenomeni possono essere combattuti attraverso la costituzione della struttura di "anti bribery compliance function", avente la responsabilità e l'autorità di:

- supervisionare la definizione e l'implementazione del sistema di gestione per l'anticorruzione;

- fornire consiglio e guida al personale circa il sistema di gestione per l'anti-corruzione e sulle tematiche legate alla corruzione;
- assicurare la conformità del sistema di gestione anti-corruzione ai requisiti dello standard ISO 37001;
- rendicontare la performance del sistema di gestione anti-corruzione all'organo di governo (Consiglio Direttivo), ai vertici aziendali e alle altre funzioni di compliance.

Il punto di forza di tale standard è la considerazione delle dimensioni dell'organizzazione che intende adottarlo per prevenire la corruzione, adattando la complessità del modello all'entità dell'amministrazione che vi si sottopone.

Il Consiglio Direttivo di OPI Bergamo desidera, con questo piano triennale:

1. garantire il più alto livello di eticità dei comportamenti dei propri componenti, ispirandosi anche ai principi contenuti nel Codice Deontologico dell'Infermiere 2019;
2. garantire il più alto livello di eticità dei comportamenti di tutto il personale assunto da OPI Bergamo, indipendentemente dalla tipologia del contratto di lavoro;
3. garantire il rispetto della normativa cogente in materia di prevenzione della corruzione e tutela della trasparenza;
4. Essere trasparenti nei confronti di tutti gli infermieri iscritti a questo Ordine;
5. Escludere i conflitti di interesse tra i componenti del CD di OPI Bergamo, i propri dipendenti e società esterne prive di collegamenti con l'amministrazione (reprimendo sul nascere qualsiasi futura cointeressenza).

c. I ruoli e le responsabilità dei soggetti coinvolti

l'autorità di indirizzo politico è il Consiglio Direttivo di OPI Bergamo ed ha il compito di:

- designare il responsabile (L. 190/12, art. 1, comma 7);
- adottare il piano triennale di prevenzione della corruzione e i suoi aggiornamenti e provvede alle relative comunicazioni L. 190/12, art. 1, commi 8 e 60);
- adottare tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex D.lgs. 165/2001, art. 53);
- contemplare nelle proprie linee strategiche gli obiettivi relativi alla gestione della prevenzione e della trasparenza che devono essere poi declinati in obiettivi di performance organizzativa ed individuale da assegnare ai responsabili delle commissioni di lavoro e compatibilmente, anche al restante personale.

il responsabile della prevenzione, ha il compito di:

- elaborare la proposta di piano della prevenzione ai fini dell'adozione da parte del Consiglio Direttivo (Circolare DFP 1/2013);
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (Circolare DFP 1/2013);
- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione (Circolare DFP 1/2013);
- Verificare l'efficace attuazione e l'idoneità del Piano; ne propone la modifica quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'ente (Circolare DFP 1/2013);
- svolgere gli altri compiti indicati nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità (L. 190/12, art. 1; D.lgs. n. 39/2013, art. 15);
- elaborare la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (L. 190/12, art. 1, comma 14);
- provvedere ad intrattenere i rapporti con l'O.I.V. in relazione alle competenze assegnate dal D.lgs. 97/2016, a cui trasmette annualmente la relazione sulle attività svolte;
- definire le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito del P.T.P.C.; infatti, tra le altre disposizioni che rivedono l'impostazione definita dalla Legge 190/12, il d.lgs. 97/16 afferma che: "Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza segnala all'organo di indirizzo e all'O.I.V. le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza" (art. 41, comma 1, lett. f). Il RPCT coincide con il Responsabile della trasparenza, in linea con le recenti modifiche normative, e ne svolge conseguentemente le funzioni (D.lgs. n. 33/2013, art. 43; "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni". (GU Serie Generale n.80 del 5-4-2013).

I referenti per la prevenzione, coincidono coi responsabili delle commissioni di lavoro di OPI Bergamo e con la Sig.ra Pina Meloni (riferimento per il personale assunto da OPI Bergamo) ed hanno i seguenti compiti:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e attività svolta da OPI Bergamo;
- monitorano l'attuazione delle misure obbligatorie e ulteriori per la prevenzione della corruzione;



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BERGAMO

- monitorano il corretto adempimento degli obblighi normativi in materia di trasparenza;
- coadiuvano il Responsabile per la prevenzione della corruzione nel monitoraggio del rispetto delle previsioni del piano;
- informano tempestivamente il Responsabile per la prevenzione della corruzione di ogni segnalazione di ritardo procedimentale;
- facilitano i flussi informativi tra le diverse commissioni;
- segnalano al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza ogni esigenza di modifica del piano, in caso di accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero di avvenuti mutamenti del contesto di riferimento.

Il dirigente (data la struttura di OPI Bergamo l'unico Dirigente coincide con il Presidente dell'Ordine) che ha il compito di:

- svolgere attività informativa nei confronti del responsabile, dei referenti e dell'autorità
- giudiziaria (D.lgs. 165/2001, art. 16; D.P.R. n. 3/1957 art. 20; legge 14 gennaio 1994, n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipare al processo di gestione del rischio;
- proporre le misure di prevenzione (D.lgs. n. 165 del 2001, art. 16);
- assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare le ipotesi di violazione;
- adottare le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione ed eventuale
- rotazione del personale (D.lgs. n. 165/2001, artt. 16 e 55 bis);
- osservare le misure contenute nel P.T.P.C. (Legge 190/2012, art. 1, comma 14);

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.), corrisponde al Consiglio Direttivo di OPI Bergamo ed ha il compito di:

- svolgere i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (D.lgs. n. 165/2001, art. 55 bis);
- provvedere alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (D.P.R. n.3/1957, art. 20; art.1, Legge 20/1994, comma 3; art. 331 c.p.p.);
- proporre l'aggiornamento del Codice di comportamento;



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BERGAMO

Tutti i dipendenti dell'amministrazione, (le segretarie di OPI Bergamo):

- partecipano al processo di gestione del rischio (PNA 2013, Allegato 1, par. B.1.2.);
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (Legge 190/2012, art. 1, comma 14);
- segnalano le situazioni di illecito al Presidente dell'Ordine, o al responsabile della prevenzione corruzione (D.lgs. 165/2001, art. 54 bis del);
- segnalano casi di personale conflitto di interessi (Legge 7 agosto 1990, n. 241, art.6 bis);

IV. Analisi del contesto di riferimento

a. Analisi del contesto esterno

Il territorio di competenza coincide con quello della provincia di Bergamo e si estende su un'area di 2.722,86 kmq di cui costituito per il 64% costituita da rilievi montuosi con effettive difficoltà di comunicazione a causa della configurazione orografica. Nelle aree montane risiede circa il 21% della popolazione.

La provincia è composta da 242 Comuni per una popolazione totale di 1,108 milioni (dato Istat 2016).

All'interno di questa realtà sono presenti:

- 1 ATS
- 3 ASST
- 14 strutture di ricovero e cura private autorizzate e accreditate
- 1 struttura di ricovero e cura privata autorizzata
- 29 strutture ambulatoriali private autorizzate e accreditate

Tali strutture provvedono all'erogazione delle prestazioni e sono assoggettate al controllo di ATS.

Sul territorio bergamasco sono presenti 3 sedi del Cdl in infermieristica.

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bergamo si trova inoltre inserito all'interno di un contesto nazionale a cui fa capo la FNOPI (Federazione Nazionale Ordine Professioni Infermieristiche), ad essa fanno riferimento 102 Ordini provinciali.

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bergamo, inoltre, si trova inserito all'interno del Coordinamento Regionale in cui fanno parte i OPI presenti in Regione Lombardia.

Possiamo dunque definire tre contesti di riferimento così distribuiti:



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BERGAMO

- un piano provinciale definito sul territorio bergamasco nel quale interviene OPI Bergamo in qualità di tutela dei propri iscritti e cittadini;
- un piano nazionale inserito in rappresentanza all'interno del più ampio contesto;
- un piano regionale, come membro del Coordinamento Regionale degli OPI Lombardi, che sviluppa tematiche di interesse politico-regionale

A fronte di tale quadro generale, individuati in macro aree gli stakeholders e gli interlocutori, si evince che il rischio di fenomeni corruttivi in senso lato è da ritenersi ad un livello di attenzione rilevante.

Analisi del contesto esterno: Tecnica P.E.S.T.L.E.

L'analisi P.E.S.T.L.E. fornisce una fotografia istantanea del contesto esterno in cui opera un'organizzazione in un determinato momento storico, Ragionare in ottica P.E.S.T.L.E. a partire dalle fasi iniziali significa, per un'organizzazione, effettuare uno sforzo collettivo per elaborare un prospetto di sintesi sul contesto esterno e un'occasione di verifica della corrispondenza tra le aspettative degli stakeholder e i servizi/prodotti offerti.

Il fine principale è quello di giungere ad una previsione finalizzata ad individuare un'area di attività in cui investire o disinvestire maggiormente in termine di risorse economiche, fisiche e strumentali.

La valutazione simultanea delle sei variabili permette alla Governance di determinare l'attrattività strategica dell'area oggetto d'analisi e quindi l'eventuale convenienza economica dell'impegno, tenendo presente che l'importanza di ognuna delle sei prospettive non è assoluta ma varia al variare del settore di riferimento.

Nel dettaglio, le variabili considerate dall'analisi P.E.S.T.L.E. sono:

- 1. political:** i fattori che bisogna considerare in questa sede si ricollegano principalmente ai provvedimenti adottati dagli organi legislativi e ai relativi effetti economici, nonché alla frequenza con cui sono introdotti o modificati provvedimenti normativi;
- 2. economic:** i fattori di tipo economico che occorre considerare includono tipicamente le risorse economiche e finanziarie disponibili, fortemente influenzate dalle scelte politiche;
- 3. social:** i fattori di tipo sociale definiscono in maniera sintetica la struttura e le caratteristiche della società in cui opera l'organizzazione, nonché la composizione interna del personale, evidenziando anche aspetti demografici e culturali, quali: l'eventuale mobilità sociale, l'andamento demografico, le pari opportunità, le relazioni con gli stakeholder, etc.;
- 4. technological:** in questa prospettiva si analizza il livello tecnologico che caratterizza un determinato contesto esterno ed interno, ad es. il dimensionamento degli impianti informatici, collegamenti internet efficaci, fondi destinati alla ricerca e allo sviluppo, tutela della proprietà intellettuale o industriale;



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BERGAMO

5. **legal:** i fattori legali che un'organizzazione deve considerare non riguardano esclusivamente le normative che disciplinano lo svolgimento delle attività, ma anche una serie di aspetti utili a constatare l'efficacia e il livello di tutela che l'apparato giudiziario è in grado di fornire. A tal proposito, potrebbero essere oggetto d'analisi aspetti come la durata media dei procedimenti giudiziari in caso di controversie con soggetti terzi o i tempi legati alle istruttorie per ottenere autorizzazioni e certificazioni necessarie per avviare nuove attività;

6. **environmental:** i fattori ambientali si riferiscono alle caratteristiche naturali, morfologiche e climatiche dell'area oggetto di valutazione, come ad esempio il rischio idrogeologico, il rischio sismico, la qualità dell'aria e dell'acqua, la presenza di infrastrutture che potrebbero determinare vantaggi in termini logistici, le principali fonti energetiche e il livello di inquinamento;

7. **ethical:** in tale dimensione rientrano i comportamenti organizzativi che possono essere giudicati negativamente dal punto di vista etico da parte degli stakeholder più autorevoli, con particolare attenzione ai temi della prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza. A tali elementi si aggiungono quelli relativi alla crescita della cultura organizzativa interna e della formazione delle competenze tecniche e gestionali.

Sulla base delle informazioni derivanti dall'analisi P.E.S.T.L.E., il management può accedere ad un maggior livello di consapevolezza dei punti di forza interni all'azienda (*strenghts*) che agevolano il raggiungimento degli obiettivi e i punti di debolezza (*weaknesses*) che possono rappresentare un ostacolo al raggiungimento degli stessi, oltre alla possibilità di individuare le opportunità (*opportunities*) e le minacce (*threats*) potenziali che incombono nel contesto in cui opera l'organizzazione.

ANALISI P.E.S.T.L.E.

POLITICA

- Riforma dei Collegi, passaggio a Ordini
- Cambiamenti politici di Governo nella gestione degli Ordini
- nomine ed incarichi
- Normativa delle P.A.
- Rapporti/Collaborazioni sul piano provinciale, regionale e nazionale

ECONOMIA

- Differente numerosità di iscritti sul territorio e densità di popolazione inferiore in alcune parti del territorio
- Autonomia e indipendenza finanziaria
- Limiti di programmazione
- Proprietà immobiliare dell'OPI

SOCIETÀ

- Differenti connotazioni geografiche di appartenenza degli iscritti
- Composizione demografica del territorio
- Mutamento delle richieste da parte di cittadini e degli iscritti
- Eterogeneità degli stakeholders di riferimento
- Domanda/offerta

TECNOLOGIA

- Digitalizzazione e protocollo informatico
- Protocollo albo
- Utilizzo del Mepa per acquisti e necessità di competenze adeguate
- Comunicazione: utilizzo di social, nuovo sito
- Accessibilità ai servizi nel rapporto con gli iscritti

LEGALE

- Evoluzione normativa
- Implementazione trasparenza e privacy
- Aumento delle consulenze legali
- Adeguamento normative in vigore

ETICA/CULTURA

- Identificazione con il ruolo
- Sensibilità alla tutela della professione e del cittadino
- Attenzione a tematiche come trasparenza e etica
- Diffusione del Codice Deontologico



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BERGAMO

a. Analisi del contesto interno

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bergamo raggruppa al suo interno gli albi di: infermiere e infermiere pediatrico così suddivisi:

INFERMIERE PRESENTI IN DATA 31/12/2018: 6821

INFERMIERE PEDIATRICO PRESENTI IN DATA 31/12/2019: 51

Per un totale di 6872 iscritti

Di cui:

PER TRASFERIMENTO IN ENTRATA: 34 infermieri, 1 infermiere pediatrico(dato al 31/12/2018)

NUOVI ISCRITTI: 157 infermieri, 1 infermiere pediatrico

IN USCITA PER DIMISSIONE: 110 infermieri, 2 infermieri pediatrici

IN USCITA PER TRASFERIMENTO: 20 infermieri, 0 infermieri pediatrici 84 assistenti sanitari (ad altro Ordine).

Le funzioni attribuite sono quelle definite dalla normativa vigente, la composizione attuale è definita secondo la normativa vigente al momento delle elezioni.

OPI Bergamo è così composto: Presidente (legale rappresentante), Vice Presidente, Segretario, Tesoriere, 11 Consiglieri ed Il Consiglio revisore dei conti.

L'Ordine delle Professioni infermieristiche è inoltre composto personale amministrativo.

Come da art.12 del Regolamento di contabilità, riportiamo la pianta organica del personale e la consistenza del personale in servizio al 31/12/2018:

PIANTA ORGANICA DEL PERSONALE

PROFILO PROFESSIONALE	DOTAZIONE	CONSISTENZA ORGANICA	POSTI VACANTI
AREA C	3	3 (LIVELLO C1)	0

Analisi del contesto: metodo CPPT

L'analisi dell'ambiente interno di un'organizzazione riguarda ciò che da dentro può avere effetto sulla sua capacità di raggiungere gli obiettivi strategici ed operativi.

In questo senso, ad influire maggiormente sono: gli stakeholders interni, ovvero coloro che, lavorando all'interno dell'organizzazione, possono direttamente influenzare l'organizzazione (Governance, Management, personale), gli Asset a disposizione dell'organizzazione intesi come Capitale (materiale e immateriale) e la struttura interna.

CAPITALE	PERSONE	STRUTTURA, SISTEMI/PROCESSI	TECNOLOGIA	CULTURA
-Proprietà immobiliare -proprietà mobiliare -bilancio -konw-how	-Competenze -etica- -comportamenti -relazioni -cultura -appartenenza -contesto -impossibilità del giro di competenze per limitata disponibilità di numero -elevata anzianità di servizio	-Attività e compiti istituzionali -policy -procedure -gestione del cambiamento organizzativo -necessità di formalizzazione delle pratiche interne -accentramento decisionale	-Accesso e trasparenza -programmi di recente utilizzo -informatizzazione digitalizzazione -competenze sull'utilizzo dei programmi recenti e non omogenei	Modalità e routinecondivise

Sintesi del contesto interno - Analisi S.W.O.T.

L'analisi S.W.O.T., è utile a fornire una visione integrata della situazione in cui l'amministrazione va ad operare e a stimare preliminarmente le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti nella attuazione delle strategie che si intendono realizzare, verificando i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento.

Essa sintetizza la rilevazione delle informazioni di contesto esterno in termini di minacce e opportunità e la rilevazione di dati e di informazioni attinenti il contesto interno in termini di punti di forza e debolezza secondo le principali quattro dimensioni: organizzazione, risorse strumentali ed economiche, risorse umane e salute finanziaria.



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BERGAMO

FATTORI INTERNI	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
	-Motivazione del personale. -Autonomia finanziaria. -Supporto qualificato di consulenti esterni. -Certificazione qualità ISO 9001. -Conoscenza del territorio e degli interlocutori del personale. -Diverse competenze personali e di provenienza professionale dei consiglieri.	-Impossibilità ad eseguire un giro di competenze. -Difficoltà di programmazione. -Adeguate le competenze nella gestione dei cambiamenti normativi. -Conciliazione attività ordinistica con quella lavorativa (in riferimento al Consiglio Direttivo).
FATTORI ESTERNI	OPPORTUNITA'	MINACCE
	-Passaggio da Collegio ad Ordine. -Articolazione territoriale. -Disponibilità nuove tecnologie e programmi. -Possibilità di collaborazione tra Ordini su tematiche specifiche. -Sviluppo Federazione Regionale OPI. -Possibilità collaborazione/consulenza esperti FNOPI. -Informatizzazione-dematerializzazione. -Impulsi esterni derivanti dalla riforma normativa in materia di trasformazione di Collegi ad Ordine.	-Influenze lobbistiche. -Possibili cambi di interlocutore politico/amministrativo. -Gestione rapporti istituzionali. -Limiti statali in presenza di autonomia finanziaria.



V. Il processo di gestione del rischio corruzione

a. Valutazione e misurazione dei rischi di corruzione

Dalla traduzione letterale tratta da ISO 31000:2009 definisce il rischio come: “l’effetto dell’incertezza sugli obiettivi”, ove: “l’effetto è una deviazione dal risultato atteso – positivo o negativo” e l’incertezza è “l’assenza, seppure limitata, di informazioni riguardanti la comprensione o la conoscenza di un evento, della sua conseguenza o della sua probabilità”. In realtà, nel concetto di rischio confluiscono anche altri fattori di natura cognitiva, quali la percezione, l’attitudine, la tolleranza, l’accettazione e la propensione al rischio che, combinati, formano il profilo di rischio di un’organizzazione, pubblica o privata che sia.

La definizione di rischio corruttivo adottata dal nostro legislatore, esplicitata in prima battuta dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) attraverso la circolare 1/2013 e ribadita poi da ANAC nell’aggiornamento del PNA avvenuto nel 2015, risulta coerente con le migliori prassi internazionali e con gli standard di riferimento.

In particolare, si legge nella richiamata circolare, “Il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si riscontri l’abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica, e sono tali da comprendere non solo l’intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione, ma anche le situazioni in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento dell’amministrazione a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite”.

Anche il successivo intervento chiarificatore di ANAC, avvenuto come detto nel nell’aggiornamento del PNA (2015), conferma la precedente definizione del fenomeno corruttivo, riconoscendola “non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la c.d. “maladministration”, intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell’interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari”.

Per analizzare il “rischio di corruzione all’interno di uno schema fattuale” è indispensabile che almeno siano individuati: fattispecie (evento rischioso), comportamento/i (modalità), e fattore/i abilitante/i.

In particolare, la corretta identificazione dei “fattori abilitanti” contribuisce in modo determinante a specificare il contesto in cui lo schema fattuale viene ad attuarsi consentendo, così, di predisporre interventi correttivi adeguati (le c.d. misure di trattamento del rischio).

Specificatamente, il fattore abilitante si traduce nella presenza di condizioni in primis organizzative ma anche di tipo sociale e ambientale che possono agevolare (creare le opportunità per) un comportamento corruttivo.

L’inefficacia di una procedura operativa o un monopolio di potere decisionale sono esempi di fattori abilitanti di tipo organizzativo mentre l’impossibilità di attivare forme di controllo sociale o l’assenza di una adeguata cultura dell’etica rappresentano esempi (non esaustivi) di fattori abilitanti di tipo sociale o



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BERGAMO

ambientale. Entrambe le fattispecie ovviamente non conducono necessariamente al compimento di un fatto illecito ma, al contempo, lo rendono più facilmente realizzabile.

tipo sociale e ambientale che possono agevolare (creare le opportunità per) un comportamento corruttivo.

L'inefficacia di una procedura operativa o un monopolio di potere decisionale sono esempi di fattori abilitanti di tipo organizzativo mentre l'impossibilità di attivare forme di controllo sociale o l'assenza di una adeguata cultura dell'etica rappresentano esempi (non esaustivi) di fattori abilitanti di tipo sociale o ambientale. Entrambe le fattispecie ovviamente non conducono necessariamente al compimento di un fatto illecito ma, al contempo, lo rendono più facilmente realizzabile.

In questa affermazione sono raccolti gli elementi che hanno portato l'autore a sviluppare il c.d. "triangolo della frode" (Cressey, 1950; 1953; 1965) (Figura 5), divenuto poi uno schema di analisi comportamentale piuttosto noto alla letteratura specialistica (Hinna, Monteduro, Moi, 2016), in cui sono rappresentate di fatto le determinanti (fattori abilitanti ma non solo) di un comportamento corruttivo: (a) motivazioni che spingono il soggetto a compiere una determinata azione; (b) opportunità che il comportamento possa essere agito nell'interesse delle parti coinvolte; (c) razionalizzazione possibile dell'atto compiuto o da compiere, da

intendersi come possibile giustificazione che l'autore dell'illecito può avere per sé stesso e per gli altri.

Se le determinanti di un comportamento corruttivo hanno diversa natura (organizzativa, individuale e socio-culturale), diversa natura hanno anche le misure che posso essere poste in essere per prevenirlo.

Detto in altri termini: il rischio di corruzione si "tratta" – potenzialmente – attraverso un sistema di azioni capaci di agire sulle organizzazioni (misure di miglioramento organizzativo), sulla motivazione (politiche "incentivanti" di gestione delle risorse umane) e sui valori di fondo dell'agire individuale (es. politiche di identificazione organizzativa e di sensibilizzazione etica).

E' importante che le organizzazioni, seguendo quanto appunto previsto dal PNA e dagli standard internazionali di riferimento, procedano all'applicazione di un metodo coerente e sistematico volto a:

- comunicare con e consultare gli stakeholder interni ed esterni all'amministrazione
- durante tutte le fasi del processo;
- definire il contesto di riferimento al fine di identificare, analizzare e ponderare i rischi corruzione;
- trattare i rischi precedentemente identificati e puntualmente associati ai diversi
- processi produttivi;
- monitorare e controllare l'evoluzione dei rischi;
- registrare adeguatamente i risultati delle fasi precedenti.

La fase di misurazione e valutazione dei rischi ha riguardato l'analisi dei comportamenti riferiti agli eventi rischiosi identificati ed inseriti nel catalogo dei rischi ("Supporto metodologico per l'implementazione di

un sistema di prevenzione della corruzione negli Ordini delle Professioni Infermieristiche-FNOPI2019” ed identificati attraverso apposite sigle).

La valutazione è stata effettuata considerando il valore del rischio “inerente” ovvero l’entità del rischio in assenza di azioni di risposta intraprese.

La valutazione dei rischi è avvenuta utilizzando il metodo del Control & Risk Self Assessment (C&RSA) nel quale sono coinvolti i soggetti che hanno identificato gli eventi.

Di seguito sono riportati gli eventi identificati, suddivisi in macro aree, con identificazione dei processi correlati, denominazione del rischio, fattori abilitanti e probabilità dell’impatto.

La fase di analisi dei rischi ha lo scopo di:

- pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati dall’analisi,
- individuare il livello di esposizione al rischio delle attività e dei relativi processi.

L’analisi dei fattori abilitanti, o cause come definite da ANAC, è riferita all’individuazione e comprensione delle cause degli eventi rischiosi, cioè delle circostanze che favoriscono il verificarsi dell’evento.

La fase di misurazione dei rischi prevende la determinazione del livello di gravità dei rischi sulla base del valore delle due dimensioni che lo compongono: Probabilità e impatto.

L’oggetto della misurazione è ovviamente, il rischio inteso, più propriamente come la modalità (comportamento) attraverso la quale si può realizzare l’evento potenziale, piuttosto che la fattispecie normativa (civile, amministrativa o penale), in quanto la misura di prevenzione dovrebbe andare a contrastare una specifica modalità operativa per risultare realisticamente efficace e consentirebbe di commisurare con maggiore precisione le risorse necessarie all’obiettivo prefissato.

I rischi possono assumere un valore all’interno del range 1-25.

Sono di seguito tracciati i principali criteri/indici a cui si può fare riferimento, desunti dai diversi standard (citati tra parentesi), considerato che, come sopra rappresentato, spetta alla singola amministrazione decidere quali dimensioni sono maggiormente aderenti alla realtà in cui essa opera ai fini della misurazione della probabilità e dell’impatto del rischio.

Probabilità

- Chance, ovvero la probabilità di accadimento di un evento in funzione di regole di ripetitività desunte dalla letteratura o da statistiche elaborate sul caso specifico su un campione significativo di amministrazioni (standard Co.SO. ERM);
- Frequenza, ossia la ripetitività di un evento osservata all’interno della stessa amministrazione, in un arco temporale definito (standard Co.SO. ERM);
- Discrezionalità, ovvero il differente grado di vincolatività di attuazione del processo rispetto a norme e/o regole interne predefinite (PNA 2013);



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BERGAMO

- Complessità, ossia la maggiore o minore difficoltà nel perpetrare lo schema commisurata al numero di attori coinvolti nella realizzazione dello schema (standard Global Compact);
- Fattibilità, ovvero il livello di identificazione, analisi o rimozione delle cause originarie degli eventi (standard Global Compact).

Impatto

- Economico, espresso in classi di valori corrispondenti a differenti entità di perdite finanziarie o efficienza nel consumo di risorse (standard Co.SO. ERM);
- Reputazionale, corrispondente all'esposizione mediatica dell'ente in caso di accadimento del rischio, sia in termine di durata, sia in termine di copertura dell'accadimento (standard Co.SO. ERM, Global Compact e PNA 2013);
- Organizzativo, in relazione al diverso grado di interessamento delle aree su cui grava il verificarsi dell'evento (PNA 2013);
- Verso gli stakeholders esterni, in termini di effetto sulle relazioni con i soggetti che hanno interesse sulle attività dell'amministrazione, espresso anche in termine di esposizione ai reclami sull'operato e di costi di recupero dei rapporti (Global Compact);
- Verso gli stakeholders interni, in relazione alle conseguenze sul senso di appartenenza dei dipendenti e sulla relativa capacità di attrazione o ritenzione di personale (Global Compact);
- Compliance, dipendente dall'entità della violazione, a seconda che faccia riferimento a norme o regole interne, a cui può far riscontro la comminazione di sanzioni (Global Compact).

La ponderazione dei rischi è stata effettuata tramite la tabella di valutazione del rischio presente nell'allegato 5 del PNA del 2013. Le valutazioni cartacee sono conservate in sede di OPI Bergamo.

MACRO AREE	PROCESSI	DENOMINAZIONE RISCHIO	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO
1. GESTIONE ALBO	1.A Iscrizione 1.B Trasferimento 1.C Cancellazione	-Alterazione dell'istruttoria volta a favorire e/o sfavorire IP01 -Alterazione volontaria dell'Albo atta a favorire uno o più soggetti particolari IP07 -Alterazione volontaria dei sistemi di verifica per favorire un soggetto particolare IP19 -Alterazione volontaria del processo di trasferimento atto a favorire/sfavorire un soggetto particolare IP20 - Alterazione volontaria del processo di trasferimento per fini elettorali IP21 -Alterazione volontaria del processo di cancellazione atta a favorire/sfavorire un soggetto particolare IP22 -Alterazione volontaria del processo di vigilanza atto a rendere possibile l'esercizio della professione in un soggetto non abilitato IP23	-Affidamento di tutta la procedura al medesimo soggetto FA01 -Assenza di rotazione FA05 -Competenze tecniche accentrate FA09 -Sistema informatico fallace FA27	BASSO
2.TUTELA	2.A Esercizio potere disciplinare 2.B Vigilanza 2.C Abilitazione	-Attivazione non giustificata del contenzioso IP05 -Alterazione volontaria nella gestione del protocollo volte a favorire e/o sfavorire soggetti particolari IP08 - Alterazione volontaria dei sistemi di verifica per favorire un soggetto particolare IP19 -Alterazione volontaria del processo di vigilanza atto a favorire comportamenti non appropriati da parte di soggetti particolari IP24 -Alterazione volontaria dell'esercizio del potere disciplinare atto a favorire/sfavorire un soggetto particolare IP25	-Affidamento di tutta la procedura al medesimo soggetto FA01 -Assenza di rotazione FA05 -Competenze tecniche accentrate FA09 -Mancanza di procedimentalizzazione FA13 -Monopolio delle competenze FA18 -Scarsa conoscenza dell'ambito disciplinare FA25	MEDIO

3. SVILUPPO	3.A Formazione 3.B Documentazione 3.C Ricerca	-Alterazione e/o manipolazione delle valutazioni atte a favorire uno o più soggetti particolari IP09 - Alterazione volontaria dei sistemi di verifica per favorire un soggetto particolare IP19 -Favoreggiamento di un soggetto particolare nella partecipazione alle commissioni di valutazione IP26 - - Alterazione volontaria del programma formativo atto a favorire stakeholders IP27 -Alterazione volontaria del processo di selezione dei docenti/provider atto a favorire soggetti particolari IP28	-Assenza di programmazione FA03 -Eccessiva discrezionalità FA10 -Mancanza di definizione delle responsabilità FA12 -Mancanza di procedimentalizzazione FA13 -Prassi FA21	MEDIO-BASSO
4. SERVIZI	4.A Consulenza 4.B Informazione 4.C Supporto	-Alterazione volontaria del processo di selezione dei consulenti IP06 -Alterazione e/o manipolazione delle valutazioni atte a favorire uno o più soggetti particolari IP09 -Alterazione dei rimborsi spesa per missioni IP12 -Volontaria alterazione delle procedure di approvvigionamento (inferiore a 40.000 euro) finalizzata a favorire e /o sfavorire soggetti particolari IP14 - Alterazione volontaria dei sistemi di verifica per favorire un soggetto particolare IP19 -Favoreggiamento di un soggetto particolare nella partecipazione alle commissioni di valutazione IP26	-Affidamento dell'intera procedura al medesimo soggetto FA01 -Assenza di programmazione FA03 -Assenza di requisiti specifici per la valutazione FA04 -Assenza di rotazione FA05	BASSO
5. PROMOZIONE	5.A Rapporti istituzionali 5.B Marketing istituzionale 5.C Sovvenzioni/contratti/patrocini	- Volontaria alterazione del processo di elargizione di contributi atto a favorire/sfavorire soggetti particolari -Alterazione volontaria del processo di selezione dei consulenti IP06 -Alterazione e/o manipolazione delle valutazioni atte a favorire uno o più soggetti particolari IP09	-Assenza di programmazione FA03 -Prassi FA21 -Procedure informali FA23	BASSO

6. AMMINISTRATIVA	6A Attività amministrativa	-Utilizzo improprio degli strumenti di lavoro IP10 -Alterazione dell'orario di lavoro IP11 -Alterazione volontaria dei sistemi di verifica per favorire un soggetto particolare IP19	-Mancanza di definizione delle responsabilità FA12 -Mancanza di proceduralizzazione FA13 -Mancanza di monitoraggio dei risultati FA15 -Monopolio delle competenze FA18 -Prassi FA21 -Procedure informali FA23	BASSO
------------------------------	---------------------------------------	--	--	--------------

b. Trattamento dei rischi

In linea teorica l'accettazione del rischio prevede che non vengano adottate misure di mitigazione del rischio, lasciando invariate le condizioni organizzative (rischi definiti non prioritari).

L'esclusione prevede, invece, che le attività all'origine dell'evento rischioso vengano eliminate neutralizzando così, di fatto, il rischio stesso oggetto di trattamento.

Le misure di riduzione della probabilità agiscono sui fattori abilitanti alla base dell'evento rischioso in una logica di prevenzione.

Per quanto attiene la riduzione dell'impatto, invece, le misure utilizzate sono di protezione in quanto incidono sulla manifestazione dell'evento rischioso, riducendo il danno da esso generato.

Infine, il trasferimento del rischio prevede lo spostamento a soggetti terzi, previo esborso di carattere finanziario, del costo derivante dalla gestione dell'evento rischioso.

Vista la natura e le dimensioni dell'ente, si è ritenuto di focalizzare l'attenzione sulla progettazione, implementazione e monitoraggio di tutte quelle iniziative volte al miglioramento del funzionamento della struttura nel suo complesso ed alla valorizzazione di tutto il personale coinvolto

MACROAREA	PROCESSI	FASI	TEMPI	OUTPUT	SOSTENIBILITÀ ECONOMICA	RESPONSABILE	INDICATORE	MODALITÀ DI MONITORAGGIO
1. GESTIONE ALBO	1.A Iscrizione 1.B Trasferimento 1.C Cancellazione	• Supervisione.	• Entro il 31/12/2019	• Procedura scritta per la gestione dell'albo.	/	• Doriana Meloni (segretaria amministrativa)	• Stesura Della procedura scritta per la gestione dell'albo.	• Presa visione del documento e monitoraggio intermedio
			• Durante il Consiglio direttivo alla delibera dei movimenti in albo.	• Report allegato alla delibera di movimenti in albo.		• Segretario OPI (Consiglio Direttivo).	• Zero errori di movimentazioni in albo all'anno con delibere errate.	• Verifica dei verbali del CD.
2.TUTELA	2.A Esercizio potere disciplinare 2.B Vigilanza 2.C Abilitazione	/	/	/	/	/	Si mantengono regolamenti interni vigenti in attesa di nuove linee guida per la stesura dei regolamenti in adempimento alla L.3/2018.	• Verificare la promulgazione di FNOPI degli adempimenti inerenti i nuovi regolamenti per la gestione degli Ordini provinciali.

3. SVILUPPO	3.A <i>Formazione</i> 3.B <i>Documentazione</i> 3.C <i>Ricerca</i>	Stesura dei requisiti di collaborazione con provider formativi.	Entro il 31/12/2019.	- Delibera in consiglio direttivo del documento; - Pubblicazione e sul sito;	Budget annuale commissione formazione e.	Cinzia Zaninoni (membro gruppo anticorruzione e membro commissione formazione) con successiva condivisione e delibera in Consiglio Direttivo.	Presenza del documento al 31/12/2019.	Presenza visione del documento e monitoraggio intermedio.
	3.A <i>Formazione</i> 3.B <i>Documentazione</i> 3.C <i>Ricerca</i>	Predisposizione piano formativo annuale.	Entro il 31/11/2019 (prima del bilancio preventivo).	Predisposizione di un documento di programmazione della formazione.	Budget annuale commissione formazione e.	Marco Gialli (responsabile commissione formazione).	Presenza del documento al Consiglio Direttivo precedente la presentazione del bilancio preventivo.	Presenza visione del documento e monitoraggio intermedio.
	4.A <i>Consulenza</i> 4.B <i>Informazione</i> 4.C <i>Supporto</i>	Conferimento incarichi a infermieri o inf. Pediatrici.	Entro 01/06/2020.	Mappatura infermieri e inf. pediatrici esperti territorio bergamasco;	Budget annuale Commissione territorio.	Ramona Pellegrini ed Emanuela Bergamelli e condivisione in consiglio direttivo.	Elenco esperti.	Presenza visione del documento e monitoraggio intermedio.

4. SERVIZI	4.A Consulenza 4.B Informazione 4.C Supporto	• Conferimento incarichi a infermieri o inf. Pediatrici.	• Entro 01/12/2019	• Aggiornamento regolamento Commissioni.	/	• Il Consiglio Direttivo.	• Applicazione regolamento commissioni.	• Presa visione del documento e monitoraggio intermedio.
5. PROMOZIONE	5.A Rapporti istituzionali 5.B Marketing istituzionale 5.C Sovvenzioni/contributi/patrocini	• Analisi della regolamentazione interna in merito alla concessione di sovvenzioni/contributi/patrocini.	• Entro 01/06/2020	• Report monitoraggio	• Budget annuale Commissione comunicazione.	Responsabile Commissione Comunicazione.	Presentazione del report al Consiglio Direttivo.	• Presa visione del documento e monitoraggio intermedio.
6. AMMINISTRATIVA	6A Attività amministrativa	• Analisi della distribuzione del carico lavorativo. • Definizione dei criteri per il passaggio contrattuale di classe.	• Entro 31/12/2019	• Report del monitoraggio • Griglia di valutazione	/	• Segretario ed Emanuela Bergamelli. • Cinzia Zaninoni e Consiglio Direttivo	• Presentazione del report al Consiglio Direttivo.	• Presa visione del documento e monitoraggio intermedio. • Presa visione del documento e monitoraggio intermedio.



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BERGAMO

VI. Trasparenza e obblighi di pubblicità

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

In sede di attuazione della sezione trasparenza e obblighi di comunicazione, OPI Bergamo intende verificare le eventuali lacune ancora sussistenti in termine di compliance con la normativa al fine di predisporre gli strumenti necessari a colmare tali difformità.

La responsabilità del monitoraggio delle pubblicazioni relative agli obblighi della normativa sulla trasparenza è in capo al RPCT, coadiuvato da un dipendente a ciò deputato, la Sig.ra Pina Meloni.

Tutti i processi e gli strumenti volti a garantire la massima trasparenza nell'attività amministrativa dell'Ordine, saranno oggetto di verifica per ottemperare, attraverso un'attività di monitoraggio costante, a quanto prescritto dalla normativa vigente entro la fine del 2020.

Al Consiglio Direttivo rimane la responsabilità della verifica della compliance del sistema adottato da OPI Bergamo con tutti gli obblighi di legge in materia.