

P.T.P.C.T. 2026-2028

Bozza approvata con deliberazione n. 87/2025 d.d. 24/11/2025 trasmessa in pubblicazione sul sito istituzione dell'Ente ed inviata in consultazione agli stakeholder dal 03/12/2025 al 31/12/2025.

BOZZA



Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2026-2028

SCHEMA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

DENOMINAZIONE: Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Gorizia

INDIRIZZO: via Brigata Casale 19/B – 34170 Gorizia

RECAPITO TELEFONICO: 0481-531440

INDIRIZZO MAIL: info@ordinemedici-go.it

INDIRIZZO PEC: segreteria.go@pec.omceo.it

LEGALE RAPPRESENTANTE: Dr Albino Visintin – Presidente dell'Ordine

CODICE FISCALE: 80000150310

CODICE IPA: OMCO_031

COMPARTO DI APPARTENENZA: Enti pubblici non economici sussidiari dello Stato

NUMERO DIPENDENTI: 2

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA- OBIETTIVI STRATEGICI

Visto l'art 1 co. 8 della Legge 190/2012 che dispone che l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, si rappresenta che il Consiglio Direttivo dell'OMCeO di Gorizia con Deliberazione n. 87/2025 d.d. 24/11/2025 ha stabilito i seguenti obiettivi strategici per il triennio 2026-2028, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico gestionale, collegati alla programmazione strategico-gestionale (bilancio di previsione) dell'Ente:

Promozione di maggiori livelli di trasparenza (art. 10 del D.Lgs. n.33/2013) attraverso:

-Riorganizzazione del sito internet e migliore visibilità e fruibilità dei contenuti;

-Pubblicazione sull'home page della notizia di approvazione del PTPCT con iperlink alla sezione Amministrazione Trasparente;

-Adozione di regolamenti interni finalizzati ad una migliore gestione dei processi;

-Monitoraggio contatore delle visite alla sezione Amministrazione Trasparente, per sezioni/sottosezioni;

- In concomitanza dell'approvazione del bilancio consuntivo, relazione del Consiglio direttivo, anche con la partecipazione del RPCT dell'Ente, sullo stato di compliance della normativa e sui risvolti organizzativi e di maggiore efficacia (c.d. Giornata della Trasparenza).

Soggetto competente all'attuazione di tali obiettivi è il Consiglio Direttivo, coadiuvato dall'RPCT.
La scadenza è 31/12/2028.

VALUTAZIONE DI IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno è stata svolta dal RPCT attingendo fonti interne relative all'attività dell'ente e degli amministratori e da fonti esterne con riferimento ai dati richiamati in premessa. Nell'analisi del contesto esterno vengono in rilievo dati relativi a:



- contesto economico e sociale;
- presenza di criminalità organizzata e/o di fenomeni di infiltrazioni di stampo mafioso;
- reati di riciclaggio, corruzione, concussione, peculato;
- informazioni acquisite con indagini relative agli stakeholder di riferimento;
- criticità riscontrate attraverso segnalazioni esterne o risultanti dalle attività di monitoraggio;

L'estensione territoriale coincide con la provincia di Gorizia; l'economia è prevalentemente fondata sul settore terziario; il territorio di riferimento è interessato da fenomeni di criminalità stimati secondo i seguenti indici della criminalità:

IlSole24ore anno 2025: <https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/>

Corte di Appello di Trieste. Relazione sull'amministrazione della Giustizia - Anno giudiziario 2025: <https://ca-trieste.giustizia.it/cmsresources/cms/documents/RELAZIONE%20A.G.%202025.pdf>

L'operatività dell'Ordine spiega i suoi effetti principalmente nella provincia di riferimento. I principali soggetti portatori di interesse che si relazionano con l'Ordine sono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

- Iscritti all'albo/i della Provincia di Gorizia
- Federazione nazionale (FNOMCeO) quale organo di indirizzo e coordinamento
- Ministero della Salute quale organo di vigilanza
- Aziende sanitarie e Case di Cura private
- PPAA in particolare enti locali e scuole secondarie di secondo grado
- Università ed enti di istruzione e ricerca
- Autorità Giudiziarie
- Altri Ordini e Collegi professionali della provincia e di altre province
- Provider di formazione
- Cassa di previdenza

Relativamente agli stakeholder, si segnala che l'Ordine ha questi accordi con i seguenti stakeholder:

-Federazione Nazionale: Convenzione per la costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni. FNOMCeO-Ordini territoriali ex art. 57 del D.lgs. 165/2001.

Fino a scadenza del CUG.

-Federazione Nazionale: Convenzione per la costituzione dell'ufficio unificato competente per i procedimenti disciplinari ai sensi dell'art. 55-bis del d.lgs.165/2001.

A tempo indeterminato salvo recesso deliberato dal Consiglio Direttivo e/o dalla FNOMCeO

-Federazione Nazionale: Regolamento per la Gestione dell'Associazione "FNOMCeO-OMCeO in rete" per l'accreditamento degli eventi formativi presso la Commissione ECM.

A tempo indeterminato salvo recesso deliberato dal Consiglio Direttivo e/o dalla FNOMCeO

-Tribunale di Gorizia: Accordo per le procedure di Formazione degli Albi dei Periti e dei Consulenti tecnici. Ogni qualvolta si renda necessaria una nuova nomina.

-Università degli Studi di Trieste e di Udine: Convenzione per l'attivazione del tirocinio pratico-valutativo per l'accesso alla prova dell'esame per la laurea abilitante all'esercizio della professione di medico chirurgo di cui al Decreto MIUR 9 maggio 2018 n.58.

A tempo indeterminato salvo recesso deliberato dal Consiglio Direttivo o dall'Università.



-**Liceo Scientifico Buonarroti di Monfalcone:** Convenzione per Progetto di Biologia con Curvatura Biomedica - Accordo triennale rinnovabile salvo recesso deliberato dal Consiglio Direttivo o dal Polo Liceale - Triennio 2025-2028.

Relativamente alle iniziative di supporto alla professione, si segnala l'attivazione della procedura informatica di invio dei dati al Ministero della Giustizia per l'alimentazione del Registro Generale degli Indirizzi Elettronici.

Ad oggi, l'operatività dell'Ordine è interessata dalla seguente variabile esterna: l'organizzazione di convegni in corso d'anno e dell'assemblea ordinaria annuale degli iscritti di aprile e dicembre in presenza. Al momento non si rilevano altre variabili esterne.

VALUTAZIONE DI IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO

Il contesto interno dell'Ordine professionale riflette la struttura tipica di un ente pubblico non economico a base associativa, dotato di autonomia regolamentare, finanziaria e disciplinare, con un organico di piccole dimensioni (due dipendenti) e un sistema di governance centrato sul Consiglio Direttivo:

- L'Ordine è ente pubblico non economico (ex lege) a base associativa istituito ai sensi del DLCPS 233/1946 e regolato da normative succedutesi nel tempo.
- È Ente di diritto pubblico con missione istituzionale e attività previste ex lege finalizzate alla tutela degli interessi pubblici connessi all'esercizio professionale;
- Ha una dimensione geografica provinciale;
- È dotato di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare;
- È finanziato esclusivamente con i contributi degli iscritti, senza oneri per la finanza pubblica;
- Non è sottoposto al controllo contabile Corte dei Conti;
- Ha un sistema di controlli interno basato sulla presenza di Assemblea e Collegio dei revisori presieduto da un Commercialista – Revisore Contabile;
- I bilanci dell'Ordine devono essere approvati dall'Assemblea degli iscritti;
- La governance dell'Ente prevede una concentrazione di poteri in capo al Consiglio Direttivo;
- Vi è assenza di potere decisionale in capo a dipendenti;
- L'Ordine è sottoposto al coordinamento ed indirizzo della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e al controllo del Ministero della Salute.

Con riguardo ai propri dipendenti l'Ordine recepisce e si adegua ai principi del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, ad eccezione dell'articolo 4, e del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, ad eccezione dell'articolo 14, nonché delle disposizioni di cui al titolo III, e ai soli principi generali di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica ad essi relativi, in quanto non gravante sulla finanza pubblica.

Sotto il profilo dell'organizzazione economica dell'Ordine, si rappresenta che: l'Ordine forma la propria gestione economica sul contributo degli iscritti (autofinanziamento) e pertanto il bilancio dell'Ordine, sia in sede preventiva che in sede consuntiva, è approvato dall'Assemblea degli Iscritti. L'Ordine non è soggetto al controllo contabile della Corte dei Conti.

Il Consiglio dell'Ordine approva il PTPCT e dà impulso alla sua esecuzione, diffusione e rispetto, assicurando idonee risorse, umane e finanziarie, utili per l'attuazione. Il Consiglio dell'Ordine, inoltre, ha il dovere di un generalizzato controllo sulla compliance dell'Ente alla normativa di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Con Deliberazione n. 08/2025 del 09/01/2025 l'Ordine ha proceduto alla nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione nella persona della Dott.ssa Alessandra Grassi. Il Consiglio



direttivo, pur in presenza delle necessarie competenze, non ha ritenuto di affidare l’incarico al Direttore Area E.P. dell’Ordine Dott.ssa Erica Cettul in quanto già coinvolta in tutte le attività di gestione finanziaria e patrimoniale dell’Ente e gravata da molteplici altri incarichi (quale ad es. quello di RUP, RASA, operatore sul MEPA) di fatto inconciliabili con la mansione di RPCT.

Considerato che, da puntuali indicazioni di ANAC, in strutture organizzative di ridotte dimensioni, in caso di carenza di posizioni dirigenziali o ove i dirigenti siano in numero così limitato da dover essere assegnati esclusivamente allo svolgimento di compiti gestionali nelle aree a rischio corruttivo, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza può essere individuato in un dipendente con posizione organizzativa o anche in un profilo non dirigenziale che garantisca comunque le idonee competenze e che assicuri stabilità ai fini dello svolgimento dei compiti.

Ribadito che è da escludersi che il RPCT sia designato a svolgere le funzioni di Responsabile unico del procedimento (RUP) negli appalti e nelle concessioni in quanto area ad alto rischio corruttivo. Tale orientamento è volto a evitare si creino eventuali situazioni di conflitto di interessi fra le due funzioni. In conseguenza di ciò, persiste il divieto per il Direttore Area E.P. a poter svolgere le funzioni di RPCT dell’Ente, essendo già gravata dell’incarico di RUP nella gestione degli appalti dell’Ente.

Tutto ciò premesso il Consiglio Direttivo ha proposto l’assunzione dell’incarico di RPCT alla Dott.ssa Alessandra Grassi, assistente amministrativo a tempo indeterminato presso l’Ente dal febbraio 2020 che possiede caratteristiche idonee allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività; non è titolare di deleghe in nessuna delle aree di rischio individuate; dialoga costantemente con l’organo di indirizzo affinché le scelte e le decisioni da questi adottate siano conformi alla normativa di riferimento; presenta requisiti di integrità ed indipendenza; continua a maturare esperienza attraverso formazione specifica sui temi trattati.

La Dott.ssa Grassi ha accettato l’assunzione dell’incarico di RPCT con durata quadriennale dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2028, previa garanzia da parte del CD di essere autorizzata a seguire corsi e webinar formativi in materia, sì da poter svolgere i compiti previsti dalla normativa di riferimento, in conformità alle disposizioni normative e regolamentari, nel rispetto del Codice dei dipendenti.

Entrambe le dipendenti dell’Ordine, compatibilmente con le proprie competenze, prendono attivamente parte alla predisposizione del Piano con specifico riguardo alla parte di mappatura dei processi e dei rischi fornendo i propri input e le proprie osservazioni e altresì, prendono parte al processo di attuazione del Piano, assumendo incarichi e compiti specifici.

Stante l’art. 2, comma 2 bis del DL 101/2013 l’Ordine non è dotato di OIV.

L’Ordine è dotato di un Collegio dei Revisori, presieduto da un professionista commercialista iscritto nel registro dei revisori contabili, relativamente alla verifica del bilancio. L’attività di revisione contabile è qualificabile come attività di controllo che si integra con i controlli predisposti dettagliatamente nel presente programma. L’organo di revisione, quale collaboratore dell’Ordine, ha ricevuto bozza dello Schema di Piano per rendere le proprie osservazioni. Si segnala che, stante la normativa di riferimento e la peculiarità di autogoverno, presso l’Ordine non è presente una struttura di audit interno.

A valle dell’entrata in vigore del GDPR (Reg. UE 2016/679) e del D. Lgs. 101/2018 di integrazione del Codice Privacy (e D. Lgs. 196/2003), l’Ordine ha nominato un professionista esterno come DPO dell’Ente. Con Deliberazione 07/2021 il Consiglio direttivo ha nominato quale attuale D.P.O., con incarico triennale 2023-2025, l’ing. Nicola Sudano. Trattandosi di micro-affidamento di importo inferiore a € 5.000 nel triennio, per il quale è derogabile il principio di rotazione ex art. 49 comma 6 del vigente Codice degli appalti, l’incarico è stato riconfermato anche per il triennio 2026-2028 con deliberazione n. 88/2025 d.d. 24/11/2025, a parità di costi e servizi del triennio precedente.



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GORIZIA



Ottemperando alle indicazioni sia del Garante Privacy che dell'ANAC in tema di autonomia dei ruoli di RPCT e DPO, il DPO, senza in alcun modo sostituirsi nel ruolo definito dalla norma per il RPCT, potrà supportare in via consulenziale il titolare del trattamento e gli altri soggetti incaricati su tematiche inerenti la pubblicazione e/o ostensione di dati incluse le richieste di accesso. Il DPO ha ricevuto bozza dello Schema di Piano per rendere le proprie osservazioni.

In considerazione della propria natura di ente pubblico a base associativa, la categoria di stakeholder prevalente è quella costituita dagli iscritti all'Albo.

L'Ordine annovera n. 922 iscritti e per l'anno 2025 ha sinora contato il versamento di n. 914 quote di iscrizione.

A maggior garanzia della correttezza sotto il profilo economico/patrimoniale, l'Ordine si avvale dell'attività del Collegio dei Revisori, che è composto dal Presidente del Collegio, commercialista iscritto al registro nazionale dei revisori legali, due membri eletti tra gli iscritti agli albi e un revisore supplente.

Il Collegio dei Revisori, che dura in carica 4 anni, tempo pari al mandato del Consiglio Direttivo, svolge le seguenti funzioni e quelle conseguenti (art. 20 del Decreto Legislativo n. 123/2011):

- vigilare sull'osservanza delle disposizioni di legge, regolamentari e statutarie;
- verificare la corrispondenza dei dati riportati nel conto consuntivo o bilancio d'esercizio con quelli analitici desunti dalla contabilità generale tenuta nel corso della gestione;
- verificare la corretta esposizione in bilancio, l'esistenza delle attività e passività e l'attendibilità, delle valutazioni di bilancio, la correttezza dei risultati, finanziari, economici e patrimoniali della gestione e l'esattezza e la chiarezza dei dati contabili presentati nei prospetti di bilancio e nei relativi allegati;
- vigilare sull'adeguatezza della struttura organizzativa dell'ente e il rispetto dei principi di corretta amministrazione;
- verificare l'osservanza delle norme che presiedono la formazione e l'impostazione del bilancio preventivo e del conto consuntivo o bilancio d'esercizio;
- esprimere il parere in ordine all'approvazione del bilancio preventivo e del conto consuntivo;
- esaminare gli schemi dei bilanci preventivi, le variazioni ai bilanci preventivi, le delibere di accertamento dei residui, il conto consuntivo o bilancio d'esercizio e redigere un'apposita relazione da allegare ai già menzionati schemi, nella quale sono sintetizzati anche i risultati del controllo svolto durante l'esercizio.

L'Ordine persegue gli iscritti morosi con attività di tipo amministrativo e mediante deferimento al Consiglio di disciplina, secondo quanto previsto dal combinato disposto delle norme in materia di cui al DPR 221/50 e Legge 3/2018 e come da Regolamento interno di gestione e riscossione della tassa d'iscrizione approvato dal CD in data 09/12/2024 e dall'Assemblea annuale degli iscritti in data 15 dicembre 2024.

Relativamente ai rapporti economici con la Federazione Nazionale, si segnala che l'Ordine versa alla stessa Euro 23,00 per ciascun proprio iscritto a fine di sovvenzionamento.

Flussi informativi tra RPCT e Consiglio Direttivo/Dipendenti/Organo di revisione.

Il RPCT viene costantemente messo al corrente dello svolgimento dei processi dell'Ente. Relativamente ai rapporti con il Consiglio direttivo si ribadisce che dal 1° gennaio 2025 il RPCT è una dipendente dell'Ordine che interagisce e partecipa alle riunioni di Consiglio.

Il RPCT sottopone al Consiglio Direttivo la propria relazione annuale e i risultati della propria attività di monitoraggio. Tale documentazione, presentata entro il 31 dicembre di ciascun anno (salvo proroghe eventualmente previste da ANAC) viene utilizzata per la predisposizione del Piano dell'anno successivo e per la valutazione di azioni integrative e correttive sul sistema di gestione del rischio.

Tra le dipendenti vi è un dovere di collaborazione e un dovere di segnalare situazioni atipiche



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GORIZIA



potenzialmente idonee a generare rischi corruttivi o di *mala gestio*. Il Consigliere Segretario invita le dipendenti ad una stretta collaborazione, ad un controllo di livello 1 e a riportare in maniera tempestiva alla dipendente RPCT eventuali disfunzioni riscontrate.

Il RPCT si relaziona con il Collegio dei Revisori che, con cadenza annuale, in sede di valutazione del Bilancio consuntivo, si incontrano per una verifica generale sul sistema di gestione di rischio anticorruzione e per la valutazione congiunta di processi quali processo contabile, acquisti, esazione della morosità, spese straordinarie.

MAPPATURA DEI PROCESSI

L'identificazione dei processi (c.d. Mappatura) si basa sulle attività istituzionalmente riservate all'Ordine dalla normativa di riferimento e sulle attività ulteriori svolte dall'Ente.

I processi tipici dell'Ordine ricalcano i capi I, II e III del DLCPS 233/46 così come modificati dalla L. 3/2018 cui si aggiunge l'attività di formazione professionale continua prevista dal programma nazionale per l'ECM -Educazione Continua in Medicina.

I processi sono collegati ad aree di rischio, alcune generali (art. 1, co. 16 L. 190/2012) altre specifiche del regime ordinistico.

All'atto di predisposizione del presente Piano si identificano le seguenti macrocategorie di processi con indicazione dei responsabili e della regolamentazione che li disciplina

Area di rischio	Processo	Responsabile di processo	Responsabile esecutivo	Descrizione e Riferimento alla normativa
Iscrizioni/ cancellazioni	Tenuta dell'Albo	Consiglio Direttivo	Segreteria	DLCPS 233/46 DPR 221/50 L. 409/85 L. 3/2018
Aggiornamento professionale	Accreditamento ECM – attribuzione crediti formativi	Consiglio Direttivo	Segreteria	DLGS 502/92 Atti Comm. Naz ECM
Autorizzazione/ concessione	Adozione pareri di congruità	Commissione Medica; Commissione Odontoiatri	Commissione Medica; Commissione Odontoiatri	DLCPS 233/46 L. 3/2018
Autorizzazione/ concessione	Individuazione di professionisti su richiesta di terzi	Consiglio Direttivo	Segreteria	DLCPS 233/46 L. 3/2018
Autorizzazione/ concessione	Individuazione di consigliere su richiesta di terzi	Consiglio Direttivo	Segreteria	DLCPS 233/46 L. 3/2018
Autorizzazione/ concessione	Individuazione di dipendenti per incarichi esterni	Consiglio Direttivo	Segreteria	D. Lgs. 165/2001
Area specifica	Procedimento elettorale	Consiglio Direttivo	Presidente di seggio elettorale; Segreteria	DLCPS 233/46 DPR 221/50 L. 3/2018 Regolamento Procedure elettorali FNOMCeO ex art. 9 DM 15 marzo 2018
Autorizzazione/ concessione	Concessione patrocini gratuiti	Consiglio Direttivo	Segreteria	Linee Guida Federazione Nazionale



Risorse umane	Reclutamento del personale e progressioni di carriera	Consiglio Direttivo	Consiglio Direttivo; Commissione concorso	Art. 97 Cost. D.Lgs.165/2001 CCNL
Contratti pubblici	Affidamento lavori, servizi e forniture	Consiglio Direttivo	Funzionario	Codice degli Appalti Linee-guida Federazione nazionale
Processo contabile	Gestione economica dell'ente	Consiglio Direttivo; Collegio Rev. conti	Funzionario; Tesoriere; Collegio dei Rev. dei Conti	Regolamento Contabilità
Area specifica	Procedure Disciplinari	Commissione Medica; Commissione Odontoiatrici; Consiglio Direttivo	Segreteria	DLCPS 233/46 DPR 221/50 L. 409/85 L. 3/2018 Codice Deontologia Medica

REGISTRO DEI RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

L'Ordine, avuto riguardo ai macro processi sopra descritti ha condotto un'analisi relativa a sottoprocessi ed attività e, per ciascuna di essi ha individuato il rischio manifestabile. L'analisi, svolta sulla base della normativa di riferimento, delle prassi e dell'attività in concreto svolta, viene riportata nel REGISTRO DEI RISCHI (vedasi ALLEGATO 1) che è stato condiviso dal Consiglio direttivo e sarà formalizzato nella prima seduta del CD di gennaio 2026.

Punti di forza: autoregolamentazione delle proprie attività istituzionali; disponibilità finanziarie indipendenti da trasferimenti statali, disponibilità finanziarie coerenti con la pianificazione economica preventiva in base al rapporto quote/spese di gestione;

Punti di debolezza: sottoposizione a normative di difficile applicabilità agli Ordini sia perché onerose dal punto di vista economico sia perché sproporzionate rispetto all'organizzazione interna; ridotto dimensionamento dell'ente e convergenza nella stessa persona di più attività.

L'approccio valutativo del rischio individuato nella predisposizione del presente programma è di tipo qualitativo ed è fondato su indicatori specifici e pertinenti al settore ordinistico. Il giudizio di rischiosità deriva dalla moltiplicazione tra i fattori della probabilità e dell'impatto di accadimento. Tali fattori sono stati "rivisitati" alla luce delle indicazioni dell'aggiornamento 2023 al PNA 2022 e soprattutto alla luce del regime ordinistico. L'Ordine utilizza una metodologia tarata sulla propria specificità che tiene conto, preliminarmente, del principio di proporzionalità, di sostenibilità e di prevalenza della sostanza sulla forma, anche alla luce della Deliberazione ANAC 777/2021.

Per giungere a stimare il livello del rischio, in coerenza con le indicazioni fornite dall'aggiornamento 2023 al PNA 2022, sono stati considerati i seguenti indicatori:

- Livello di interesse esterno;
- Grado di discrezionalità del decisore;
- Manifestazione di eventi corruttivi in passato sia con riguardo al processo esaminato sia con riguardo ai decisorii;
- Opacità nel processo decisionale, per mancanza di strumenti di trasparenza o di regolamentazione;
- Esistenza e grado di attuazione delle misure di prevenzione.

Tali indicatori sono stati declinati nei rispettivi fattori di probabilità e impatto, secondo le tabelle che seguono:



Indicatori di probabilità e valore della probabilità

La probabilità afferisce alla frequenza dell'accadimento dell'evento rischioso.

Indicatori

1. Processo definito con decisione collegiale;
2. Processo regolato da etero regolamentazione (legge istitutiva/legge professionale/legge speciale);
3. Processo regolato da auto regolamentazione specifica;
4. Processo soggetto a controllo finale di un soggetto terzo (revisori/assemblea/Ministero/CN);
5. Processo senza effetti economici per l'Ordine;
6. Processo senza effetti economici per i terzi;
7. Processo del cui svolgimento viene data trasparenza sul sito istituzionale.

Misurazione – valore della probabilità

- In presenza di 4 indicatori il valore si considera basso;
- In presenza fino a 3 indicatori il valore si considera medio;
- In presenza di 2 oppure meno indicatori il valore della probabilità si considera alto.

Il valore della probabilità, desunto dalla valutazione degli indicatori sarà pertanto:

Probabilità bassa Accadimento raro

Probabilità media Accadimento probabile, che è già successo e che si pensa possa succedere di nuovo

Probabilità alta Accadimento molto probabile, frequente, che si ripete ad intervalli brevi

Indicatori dell'impatto e valore dell'impatto

L'impatto è l'effetto che la manifestazione del rischio causa. L'impatto afferente ad un Ordine è prevalentemente di natura reputazionale, ma gli effetti economici ed organizzativi hanno una loro specifica considerazione negli indicatori.

Indicatori

1. Lo svolgimento del processo coinvolge l'intero Consiglio dell'Ordine e le dipendenti.
2. Lo svolgimento coinvolge, in forza di delega solo i ruoli apicali.
3. Esistenza negli ultimi 5 anni di procedimenti contabili/penali/amministrativi/davanti ad autorità a carico dei Consiglieri dell'Ordine costituenti il Consiglio al momento della valutazione; fattispecie considerabili sono le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso e i decreti di citazione a giudizio.
4. Esistenza negli ultimi 5 anni di procedimenti giudiziari (civili/amministrativi/davanti ad autorità) a carico dei dipendenti dell'Ordine; fattispecie considerabili sono le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso e i decreti di citazione a giudizio.
5. Esistenza di pubblicazioni circostanziate (stampa/internet) relative a illeciti commessi da Consiglieri dell'Ordine o dall'Ordine.
6. Esistenza di procedimento disciplinare a carico dei Consiglieri dell'Ordine costituenti il Consiglio al momento della valutazione e a partire dall'insediamento.
7. Esistenza di condanne a carico dell'Ordine con risarcimento di natura economica.
8. Commissariamento dell'Ordine negli ultimi 5 anni.
9. Il processo non è mappato

Misurazione – valore dell'impatto

- in presenza di 3 circostanze e oltre l'impatto di considera alto
- in presenza di 2 circostanze l'impatto è medio



•in presenza di 1 circostanza l'impatto è basso

Il valore dell'impatto desunto dalla valutazione degli indicatori sarà pertanto:

Giudizio qualitativo sintetico di rischiosità

Una volta calcolati i valori di impatto e di probabilità, gli stessi verranno messi in correlazione secondo la seguente matrice, che fornisce il giudizio di rischiosità:

Impatto basso	Quando gli effetti reputazionali, organizzativi ed economici sono trascurabili
Impatto medio	Quando gli effetti reputazionali, organizzativi ed economici sono minori e misurabili nel breve periodo (da 6 mesi a 1 anno)
Impatto alto	Quando gli effetti reputazionali, organizzativi ed economici sono seri e si deve procedere con immediatezza alla gestione del rischio (entro 6 mesi)

Giudizio qualitativo sintetico di rischiosità

Una volta calcolati i valori di impatto e di probabilità, gli stessi verranno messi in correlazione secondo la seguente matrice, che fornisce il giudizio di rischiosità

	alto			
Impatto	medio			
	basso			
	Bassa	Media	Alta	
	Probabilità			

Probabilità

Impatto basso: Quando gli effetti reputazionali, organizzativi ed economici sono trascurabili

Impatto medio: Quando gli effetti reputazionali, organizzativi ed economici sono minori e misurabili nel breve periodo (da 6 mesi a 1 anno)

Impatto alto: Quando gli effetti reputazionali, organizzativi ed economici sono seri e si deve procedere con immediatezza alla gestione del rischio (entro 6 mesi)

Relativamente al significato del giudizio di rischiosità, vengono considerati gli effetti economici, reputazionali od organizzativi e la necessità di trattarli o mitigarli.



Rischio basso	La probabilità di accadimento è rara e l'impatto economico, organizzativo e reputazionale genera effetti trascurabili o marginali. Non è richiesto nessun tipo di trattamento immediato.
Rischio medio	L'accadimento dell'evento è probabile e l'impatto economico, organizzativo e reputazionale hanno un uguale peso e producono effetti mitigabili, ovvero trattabili in un lasso di tempo medio. Il trattamento deve essere programmato e definitivo nel termine di 1 anno.
Rischio alto	La probabilità di accadimento è alta o ricorrente. L'impatto genera effetti seri il cui trattamento deve essere contestuale. L'impatto reputazionale è prevalente sull'impatto organizzativo ed economico. Il trattamento deve essere immediato e definito nel termine di 6 mesi dall'individuazione.



Partendo dai risultati della valutazione, mediante la ponderazione si stabiliscono azioni da intraprendere e la “gerarchia” nel trattamento dei rischi individuati.

Relativamente alle azioni da intraprendere:

- Nel caso di rischio basso l’Ordine decide di non adottare alcuna azione in quanto -considerato il concetto di rischio residuo- risulta che le misure di prevenzione già esistenti siano funzionanti e sufficienti.
- Nel caso di rischio medio, l’Ordine decide di operare una revisione delle misure già in essere per verificare la possibilità di irrobustirle entro il termine di 1 anno dall’adozione del presente programma.
- Nel caso di rischio alto, l’Ordine predisporrà misure di prevenzione nel temine di 6 mesi dall’adozione del presente programma.

Considerato quanto sopra, l’allegato “Misure di prevenzione” riporterà per ciascun rischio individuato la programmazione delle misure di prevenzione indicando responsabile, termine di attuazione e termine di verifica. La ponderazione sarà immediatamente visibile mediante la colorazione e il termine di attuazione della misura sarà coerente con il livello di rischio assegnato.

La ponderazione è stata oggetto di valutazione da parte del Consiglio direttivo ed è stata formalizzato come sopra indicato contestualmente alla programmazione delle misure di prevenzione.

Vedasi REGISTRO DEI RISCHI (ALLEGATO 1)

MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

In considerazione della normativa istitutiva, il sistema di governance dell’Ente si fonda sulla presenza del Consiglio Direttivo (quale organo amministrativo), del Collegio dei Revisori dei Conti presieduto da un commercialista iscritto nel registro dei revisori contabili (quale organo deputato alla verifica del bilancio) dell’Assemblea degli iscritti (quale organo deputato all’approvazione dei bilanci). A latere di tali organi vi è la Federazione Nazionale (quale organo di indirizzo e coordinamento), la Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie istituita presso il Ministero della Salute (quale organo di giurisdizione speciale preposta all’esame dei ricorsi presentati dai professionisti sanitari contro i provvedimenti dell’Ordine determinate materie - tenuta degli albi professionali, irrogazione di sanzioni disciplinari, regolarità delle operazioni elettorali per il rinnovo degli organi direttivi, esercizio del potere disciplinare nei confronti dei propri componenti appartenenti alle professioni sanitarie e dei componenti i Comitati centrali delle Federazioni nazionali) e il Ministero della Salute, con i noti poteri di supervisione e commissariamento.

Misure di prevenzione già in essere

Le misure di prevenzione individuate dall’Ordine sono organizzate in 3 gruppi: misure obbligatorie (corrispondenti tendenzialmente ai presidi descritti nel c.d. impianto anticorruzione), misure di prevenzione generali e misure di prevenzione specifiche.

Le misure obbligatorie all’atto di predisposizione del presente programma risultano già in essere; con il presente programma si intende meglio descrivere le misure regolanti l’imparzialità soggettiva dei funzionari pubblici, con la necessaria indicazione di considerare quanto espresso nel DL 101/2013, nonché di adeguare la portata dei precetti normativi alla corrente organizzazione interna, nonché le misure di formazione, whistleblowing e di autoregolamentazione.

Misure sull’imparzialità soggettiva dei funzionari pubblici (dipendenti, consiglieri, consulenti, collaboratori)

L’Ordine ritiene di fondamentale importanza assicurare l’etica e l’integrità dei soggetti a qualsiasi titolo impegnati nella gestione e nell’organizzazione dell’ente stesso; pertanto, in considerazione dei principi di cui al D. Lgs. 165/2001, si dota delle seguenti misure che si applicano ai dipendenti e, in



quanto compatibili, ai Consiglieri:

Accesso e permanenza nell’incarico

Stante l’art. 3, co. 1 della L.97/2001, l’Ordine verifica la conformità alla norma da parte dei dipendenti.

Tale verifica è rimessa al Consigliere Segretario che, con cadenza annuale, richiede ai propri dipendenti una dichiarazione circa l’assenza di tali situazioni. La dichiarazione deve essere resa entro il 31/12 di ogni anno e viene raccolta e conservata dal Consigliere Segretario. Resta inteso che nella valutazione del trasferimento deve essere considerato il dimensionamento.

Rotazione straordinaria

Stante l’art. 16, co. 1, lett. l-quater del D. Lgs. 165/2001 e la delibera ANAC 215/2019, l’Ordine ritiene utile quale misura preventiva:

-inserire nella futura documentazione di impiego (sin dal bando di concorso) l’obbligo per il dipendente di comunicare all’Ordine l’avvio del procedimento penale entro 15 giorni dall’avvio stesso.

Codice di comportamento specifico dei dipendenti

L’Ordine ha adottato il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici con Delibera n. 15/2021 d.d. 01/03/2021. Gli obblighi ivi definiti si estendono a tutti i collaboratori e consulenti, nonché ai titolari di organi di indirizzo in quanto compatibili. Si rammenta che con specifico riguardo ai titolari di organi di indirizzo, il Codice di comportamento specifico si aggiunge al Codice deontologico.

Il controllo sul rispetto del Codice è rimesso al controllo del Consigliere Segretario e al RPCT.

Conflitto di interessi (dipendenti, consiglieri, consulenti)

L’Ordine adotta un approccio preventivo mediante il rispetto di meccanismi quali l’astensione del dipendente, l’accertamento di situazioni di inconferibilità ed incompatibilità di cui al D. Lgs. 39/2013, il divieto di pantoufage come da tabella 10 del PNA 2022, l’autorizzazione a svolgere incarichi extraistituzionali e l’affidamento di incarichi a consulente secondo le indicazioni dell’art. 53 del D. Lgs.165/2001.

Al fine di evitare situazioni di conflitto di interessi, l’Ordine applica la delibera n. 605/2023 d.d. 19/12/2023 con la quale l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha ratificato l’Aggiornamento 2023 del Piano Nazionale Anticorruzione 2022, focalizzandosi esclusivamente sui contratti pubblici in risposta al nuovo Codice entrato in vigore il 1° luglio 2023 e alle modifiche introdotte nell’intero ciclo di vita degli appalti entrate in vigore il 1° gennaio 2024.

Fatte salve le ipotesi di incompatibilità ed inconferibilità che, ai sensi della vigente regolamentazione, rappresentano una competenza del RPCT, le altre ipotesi di conflitto di interessi sono individuate e gestite dal Consigliere Segretario, con la sola eccezione dell’affidamento di incarichi a consulente che viene gestite dal Consiglio direttivo.

Misure di Formazione obbligatoria di dipendenti/consiglieri/collaboratori

Nel corso dell’anno 2025 le dipendenti dell’Ordine hanno seguito i seguenti corsi di formazione:

-FORMEZ PA Webinar: “*La certificazione di processo: dalla redazione del progetto di dematerializzazione fino all’eliminazione della carta*” - 20 febbraio 2025.

-OMCEO REGGIO EMILIA: *V incontro ordinistico reggiano "Gli Ordini tra l’applicazione dei decreti attuativi della Legge Gelli-Bianco e l’interpretazione e l’applicazione della normativa sulla Pubblicità Sanitaria"* - 1° marzo 2025.

-OFFICINA LEGISLATIVA: Novità ANAC: Nuovi schemi di pubblicazione - 27 marzo 2025

-FORMEZ PA Webinar: “*L’intelligenza artificiale nella classificazione dei documenti: potenzialità e limiti*” - 9 aprile 2025.

- OMCEO VENEZIA: *Corso di formazione. La mappatura dei processi* - 24 e 25 settembre 2025.



Per l'anno 2026 l'Ordine programma una formazione specialistica per i soggetti maggiormente coinvolti nei processi e con maggiore esposizione al rischio. Tale formazione specialistica consiste in eventi formativi, da attuarsi entro 31/12/2026 e avrà ad oggetto principalmente la l'operatività sul MEPA, la mappatura dei processi, la formazione della dipendente che ha assunto l'incarico di RPCT.

Il Consiglio incoraggia e sostiene economicamente la partecipazione ad eventi formativi, dando incarico al RPCT di selezionare, per esso stesso, almeno 1 evento da frequentare nel 2026.

Relativamente alle dipendenti, nel rispetto del titolo IV, capo VII *"Formazione del personale"* del CCNL 2022-2024 Funzioni Centrali, il Consiglio dell'Ordine programma una o più sessioni di aggiornamento per le dipendenti secondo criteri di competenza e coerentemente con il budget individuato.

La formazione fruita dovrà essere documentabile, con indicazione di presenza, programma didattico, relatori e materiale. Si segnala che dal novembre 2022 le due dipendenti sono abilitate a formarsi anche tramite *Syllabus* lo strumento messo a disposizione dal Dipartimento Funzione Pubblica per le competenze digitali per la P.A.

Misure Rotazione Ordinaria

L'istituto della rotazione ordinaria non risulta praticabile presso l'Ordine per le ridotte dimensioni dell'organico. Ad ogni modo si rappresenta che i processi decisionali sono in capo al Consiglio Direttivo e che pertanto la rotazione, oltre a non essere praticabile, risulta superata dalla circostanza che nessuna delega è attribuita ai dipendenti né relativamente a scelte né relativamente a spese.

Autoregolamentazione

L'Ordine, al fine di meglio regolare ed indirizzare la propria attività si è dotato di tempo in tempo di regolamentazione e procedure interne finalizzate a gestire la propria missione istituzionale e i propri processi interni; parimenti l'Ordine recepisce e si adegua ad eventuali indicazioni fornite dalla Federazione Nazionale.

Ad oggi risultano adottati i seguenti atti interni:

Regolamento/Procedura	Processo/attività regolata
Codice di comportamento dei dipendenti	Condotta professionale dipendenti e assimilati
Regolamento Smart working e P.O.L.A. 2022-2024	Condotta professionale dipendenti
Regolamento di Contabilità	Gestione contabile/patrimoniale dell'ente
Procedura accessi	Accesso e tracciabilità mediante registro (FOIA)
Procedura segnalazione condotte illecite	Whistleblowing
Convenzione per la costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni FNOMCeO Ordini territoriali ex art. 57 del D.lgs. n. 165/2001	Titolarità, competenza e responsabilità dei procedimenti disciplinari per le infrazioni punibili con sanzione superiore al rimprovero verbale
Approvazione Manuale di Gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali e degli archivi dell'Ordine; Approvazione del Titolare	Ottimizzazione delle informazioni in entrata e in uscita dell'Ente e migliore gestione archivio digitale dell'Ordine



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GORIZIA



Convenzione per la costituzione dell'ufficio unificato competente per i procedimenti disciplinari ai sensi dell'art. 55-bis del D.lgs. n. 165/2001

Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegate alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

Tale autoregolamentazione è disponibile sul sito istituzionale, AT/disposizioni generali/atti generali.

Whistleblowing

L'Ordine si conforma alla normativa di riferimento sul whistleblowing di cui alla L.179/2017; al Regolamento ANAC del 1° luglio 2020; alla Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021. In tal senso l'Ordine mette a disposizione delle dipendenti l'accesso allo specifico tool per le segnalazioni predisposto dall'ANAC e reperibile al seguente link:

<https://servizi.anticorruzione.it/segnalazioni/#!/#%2F>

Per i collaboratori e i terzi è stata predisposta apposita mail: rpct@ordinemedici-go.it per le segnalazioni all'RPCT, presente in home page sul sito istituzionale dell'Ordine.

MISURE DI TRASPARENZA

L'Ordine attua gli obblighi di pubblicità previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 mediante:

- la predisposizione e l'aggiornamento della Sezione Amministrazione Trasparente;
- la gestione tempestiva del diritto di accesso agli stakeholder;
- la previsione di predisposizione di una casella “segnalazioni” utile per incentivare il dialogo tra stakeholder e Ordine;
- la condivisione delle attività, organizzazione, iniziative durante le Assemblee degli iscritti per l'approvazione del Bilancio di Previsione e del Consuntivo.

Criterio della compatibilità – Sezione Amministrazione Trasparente

La struttura e il popolamento della Sezione Amministrazione Trasparente si conformano al D. Lgs. 33/2013, come modificato dal D.lgs. 97/2016, alla Delibera ANAC 1310/2016, e alla Delibera ANAC 1309/2016 e tiene conto del criterio della compatibilità e dell'applicabilità espresso per gli Ordini professionali come da Deliberazione ANAC n. 777/2021.

Ciò posto, l'Ordine conduce la propria valutazione sulla compatibilità ed applicabilità degli obblighi di trasparenza basandosi sui seguenti elementi:

- principio di proporzionalità, semplificazione, dimensioni dell'ente, organizzazione;
- normativa regolante gli Ordini professionali;
- art. 2, co.2 e co. 2bis, DL. 101/2013 convertito con modificazioni dalla L. 30 ottobre 2013, n. 125;
- Linee Guida di tempo adottate da ANAC nella parte in cui fanno riferimento ad Ordini e Collegi professionali.

Fermo restando quanto sopra e in applicazione del principio di semplificazione, l'Ordine ha provveduto ad elencare i soli obblighi di trasparenza ritenuti applicabili. Tale elencazione deriva dall'allegato 1 alla Delibera ANAC 1309/2016, da cui sono stati eliminati gli obblighi di pubblicazione non compatibili con gli Ordini professionali. Tale allegato costituisce parte integrante del presente programma.

La sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale riporta integralmente la struttura di cui all'allegato 1; nei casi di non applicabilità o non compatibilità dell'obbligo con il regime ordinistico in corrispondenza dell'obbligo viene indicato “N/A”.



Criteri di pubblicazione

La qualità delle informazioni pubblicate risponde ai seguenti requisiti:

- tempestività: le informazioni sono prodotte nei tempi previsti e necessari
- aggiornamento: vengono prodotte le informazioni più recenti
- accuratezza: viene prodotta l'informazione in maniera esatta e in materia integrale
- accessibilità: vengono rispettati i requisiti di accessibilità, ovvero le informazioni sono inserite sul sito nel formato previsto dalla norma.

BOzza



Soggetti Responsabili

La presente sezione va letta congiuntamente all’Allegato 2 che oltre agli obblighi applicabili contiene gli obblighi di trasparenza e i soggetti responsabili.

I soggetti responsabili della pubblicazione dei dati sono categorizzabili in:

- Soggetti responsabili del reperimento/formazione del dato, documento o informazione
- Soggetto responsabile della trasmissione del dato reperito/formato
- Soggetto responsabile della pubblicazione del dato
- Soggetto responsabile del controllo
- RPCT quale responsabile dell’accesso civico semplice e del riesame in caso di accesso civico generalizzato

Pubblicazione dei dati

La sezione “Amministrazione Trasparente” è presente sul sito istituzionale ed è agevolmente visionabile mediante un link posizionato in modo chiaro e visibile sull’home page del sito istituzionale dell’Ordine: <https://www.ordinemedici-go.it/trasparenza/>

Privacy e riservatezza

Il popolamento della sezione Amministrazione trasparente avviene nel rispetto del provvedimento del garante per la protezione dei dati personali n. 243/2014 recante *“Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici ed altri enti obbligati”*, nonché nel rispetto della riservatezza e delle disposizioni in materia di segreto d’ufficio.

A tal riguardo, l’Ordine quale titolare del trattamento si avvale del supporto consultivo del proprio Data Protection Officer.

Modulistica accessi

La procedura di accesso è sintetizzata mediante la modulistica presente sul sito Sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti al link

<https://www.ordinemedici-go.it/accesso-agli-atti/>

Obblighi di pubblicazione

Fermo restando quanto espresso all’Allegato 2 che esemplifica gli obblighi di pubblicazione pertinenti all’Ordine, qui di seguito si segnalano - sempre in formato tabellare - gli obblighi non applicabili in virtù del disposto ex art. 2bis, co.2 D. Lgs. 33/2013:



SOTTOSEZIONE LIVELLO 1	SOTTOSEZIONE LIVELLO 2	SINGOLO OBBLIGO - NON APPLICABILE
Disposizioni generali	Atti generali	Statuti e leggi regionali
	Oneri informativi per cittadini e imprese	
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Titolari di incarichi politici ex art. 14, co. 1 D.lgs. 33/2013
	Rendiconti gruppi consiliari	N/A
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali	N/A
	OIV	N/A
Performance	N/A	N/A
Enti controllati	N/A	N/A
Bilanci	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	N/A
Controlli e rilievi sull'amministrazione	OIV, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Relazione RPCT sul funzionamento del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni
	Corte dei Conti	Tutti i rilievi della Corte dei Conti
Servizi erogati	N/A	N/A
Dati sui pagamenti SSN	N/A	N/A
Opere pubbliche	N/A	N/A
Pianificazione e governo del territorio	N/A	N/A
Informazioni ambientali	N/A	N/A
Strutture sanitarie accreditate	N/A	N/A
Interventi straordinari di emergenza	N/A	N/A

MONITORAGGIO COMPLESSIVO SULLA SEZIONE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

La gestione del rischio è organizzata in maniera da consentire un costante flusso di informazioni.

Il monitoraggio complessivo riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio per individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Il monitoraggio complessivo annuale è coordinato dal RPCT ed è realizzato con il contributo degli organismi deputati ad altre attività di controllo (Collegio dei revisori, Consiglio direttivo).

La relazione annuale del RPCT costituisce un importante strumento da utilizzare per il monitoraggio complessivo e quale supporto per la redazione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del triennio successivo.

Quanto al monitoraggio, questo si estende sia all'attuazione delle misure di prevenzione che all'efficacia e include:

1. Controlli svolti dal RPCT rispetto alle misure di prevenzione programmate.
2. Controlli del RPCT finalizzati alla predisposizione della Relazione annuale del RPCT.
3. Controlli finalizzati a verificare l'attuazione delle misure programmate.



Relativamente ai controlli di cui al punto 1 e 2 il RPCT svolge il monitoraggio utilizzando il programma di monitoraggio previsto della programmazione delle misure, fornendone reportistica così come nella descrizione dei flussi informativi.

Relativamente ai controlli utili per la predisposizione della Relazione annuale, si segnala che successivamente alla condivisione del PTPTC 2021-2023 con ANAC mediante la Piattaforma, il RPCT dal 2021 fruisce della sezione monitoraggio utile per verificare il livello di adeguamento e la conformità del proprio Ordine.

All'esito della compilazione della Scheda Monitoraggio, il RPCT beneficia della produzione in automatico della Relazione annuale del RPCT.

Tale Relazione, una volta finalizzata, viene pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione altri contenuti e parimenti deve essere sottoposta dal RPCT al Consiglio direttivo per condivisione. Si segnala che la Relazione annuale è atto proprio del RPCT in cui, tra le altre cose, offre indicazioni e spunti all'organo di indirizzo, indicando se il sistema generale di gestione del rischio appare idoneo, non idoneo o migliorabile.

In considerazione dell'assenza di una funzione di audit interno e di OIV, il riesame coinvolge il Consiglio e il RPCT e viene sottoposto per conoscenza al Collegio dei Revisori.

Con particolare riferimento alla gestione economica dell'ente, si segnala il controllo contabile ad opera del Collegio dei Revisori e l'approvazione del bilancio di previsione e consuntivo da parte dell'Assemblea.

Gli esiti del monitoraggio per l'anno 2025 sono stati i seguenti:

-Si è provveduto ad un costante e puntuale aggiornamento della Sezione Amministrazione trasparente presente sul sito istituzionale dell'Ente, oggetto di periodico controllo da parte dell'RPCT;

Relativamente ai controlli di trasparenza si segnala che il ruolo del RPCT è coincidente con OIV.

La griglia di rilevazione è effettuata dal RPCT poiché nell'Ordine professionale è assente OIV o altro organismo con funzioni analoghe ai sensi comma 2-bis art. 2 D.L. 101/13, inserito dalla Legge di conversione 30 ottobre 2013, n. 125, che esclude gli Ordini e Collegi professionali dal campo di applicazione dell'art. 4 (ciclo di gestione della performance).

In assenza di OIV, il RPCT rilascia, con cadenza annuale e secondo le tempistiche e modalità indicate dal Regolatore, l'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno precedente. Relativamente alle modalità di controllo osservate dal RPCT per tale controllo, gli indicatori utilizzabili in relazione alla qualità delle informazioni sono:

- il contenuto (ovvero la presenza di tutte le informazioni necessarie);
- la tempestività (ovvero la produzione/pubblicazione delle informazioni nei tempi previsti);
- l'accuratezza (ovvero l'esattezza dell'informazione);
- l'accessibilità (ovvero la possibilità per gli interessati di ottenere facilmente le informazioni nel formato previsto dalla norma).

PROGRAMMAZIONE MONITORAGGIO 2026-2028

ANAC prevede che per gli Ordini fino a 15 dipendenti vada effettuato, con cadenza annuale, un monitoraggio a campione (non inferiore al 30% dei dati), campione che va indicato già nella fase di programmazione e va modificato anno per anno in modo che nel triennio sia dato conto del monitoraggio su tutti i dati previsti nel Decreto Trasparenza e nella Delibera 777/2021. L'RPCT di concerto con il Consiglio direttivo ritiene pertanto di effettuare il monitoraggio a campione secondo la Tabella 7 PNA 2022 in delibera ANAC n.7/2023, per il triennio 2026-2028, in particolar modo procedendo al:

- controllo e tracciamento degli accessi alla Sez. Amministrazione trasparente e sue sottosezioni;
- controllo del costante e puntuale aggiornamento della Sezione Amministrazione trasparente presente



sul sito istituzionale dell'Ente;

-controllo della casella elettronica dell'RPCT per eventuale presenza di segnalazioni degli stakeholder o di terzi.

Nella redazione del PTPCT 2026-2028 l'RPCT dell'Ordine si è avvalso del supporto della checklist per la predisposizione del PTPCT e della sezione anticorruzione e trasparenza di cui all'allegato 1 della Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 – Piano Nazionale Anticorruzione 2022 e dei casi pratici istruiti da ANAC nel 2023.

Il presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) 2025–2028 è adottato in conformità alle disposizioni della Legge 190/2012, del D. Lgs. 33/2013, del D. Lgs. 24/2023 in materia di whistleblowing, del D. Lgs. 36/2023 (Codice dei Contratti Pubblici) e delle più recenti Delibere ANAC n. 7/2024 e n. 240/2024, che aggiornano il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di contratti pubblici – Delibera ANAC n. 448 del 11 novembre 2025, Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione - Delibera ANAC n. 449 del 11 novembre 2025, Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di inconfondibilità e incompatibilità di incarichi nonché sul rispetto delle regole di comportamento dei pubblici funzionari – Delibera ANAC n. 451 del 11 novembre 2025.

BOVIZA

ALLEGATO 1											
Aree di rischio	Processo	Attività	Evento di rischio	Val. prob.	Val. imp.	Rischio	Tipologia misura	Misure di prevenzione	Resp. attuazione	Tempi di attuazione	Monitoraggio ed indicatori
Area specifica Provvedimenti senza effetto economico Tenuta Albo											
	Variazioni Albi	Istanze di iscrizione, trasferimento, cancellazione e inserimento elenchi speciali	Mancata presa in carico e gestione tempestiva delle istanze, mancata verifica delle cause ostative alla cancellazione o al trasferimento, mancata adozione dell'atto				Regolazione	Procedura di protocollo informatica all'atto di presentazione dell'istanza e invio richieste di conferme dati su tutte le istanze e non a campione	Consiglio Direttivo - Segreteria	in essere	Mensile verifica anagrafica informatizzata e registro iscrizioni
		Verifica dichiarazioni sostitutive	Mancata o parziale verifica delle dichiarazioni sostitutive				Controllo	Verifica integrale delle autodichiarazioni rese e acquisizione del dato con registrazione nel programma di anagrafica	Segreteria	in essere	Semestrale verifica anagrafica informatizzata e registro iscrizioni
		Segnalazione all'Autorità giudiziaria in caso di dichiarazioni mendaci	Mancato invio esito della verifica del dato al Consiglio Direttivo				Regolazione	Protocollo esito conferma dati e invio pratica, ove necessario, all'attenzione del Presidente per gli adempimenti di competenza	Presidente - Segreteria	in essere	Semestrale verifica anagrafica informatizzata e registro iscrizioni
		Implementazione e aggiornamento dell'albo e degli elenchi speciali	Discrezionalità nella verifica delle attestazioni prodotte a supporto dell'idoneità all'aggiornamento del dato				Regolazione	Registrazione dei documenti giustificativi l'aggiornamento dell'albo e verifica dell'avvenuta registrazione mediante verifica dei record informatici	Segreteria	in essere	Annuale verifica incrociata anagrafica informatizzata e fascicolo personale
	Gestione dell'Albo	Rilascio di certificazioni, contrassegni e attestazioni relative agli iscritti	Discrezionalità nel rilascio				Controllo	Istanza di rilascio soggetta a protocollo e verifica della posizione dell'iscritto mediante controllo della posizione informatica	Presidente-Segreteria	in essere	Semestrale verifica anagrafica informatizzata e protocollo informatico
		Richiesta di monitoraggio sulla formazione continua	Discrezionalità nell'adempimento				Controllo	Protocollo della richiesta e attivazione delle possibili verifiche sul portale COGEAPS	Presidente - Segreteria	in essere	Annuale verifica incrociata protocollo informatico e fascicolo personale
Area specifica Formazione professionale continua											
	Programmazione attività formativa	Scelta evento formativo	Discrezionalità nella programmazione				Regolazione	Procedura informatizzata di raccolta del fabbisogno formativo presso gli iscritti	Consiglio Direttivo - Comitato Scientifico	in essere	Annuale entro il mese di gennaio per consentire la presentazione del piano formativo alla Regione FVG entro il 31/03/2025

Arearie di rischio	Processo	Attività	Evento di rischio	Val. prob.	Val. imp.	Rischio	Tipologia misura	Misure di prevenzione	Resp. attuazione	Tempi di attuazione	Monitoraggio ed indicatori
		Individuazione relatori eventi OM CeO	Individuazione discrezionale e non ponderata	Yellow	Yellow	Yellow	Regolazione	Standardizzare la procedura già in essere con l'ausilio di schede di valutazione e vagliare curricula e competenze	Comitato Scientifico- Resp. Scientifico	entro 31/12/2027	Annuale verifica dell'adozione della scheda da parte del Comitato scientifico
	Gestione evento	Gestione iscrizioni eventi OM CeO	Mancato rispetto dei requisiti di accesso agli eventi formativi	Green	Green	Green	Regolazione Trasparenza	Gestione informatica sul Sito dell'OM CeO delle iscrizioni in base all'ordine cronologico di presentazione dell'istanza; pubblicazione di tutti gli eventi organizzati sul Sito dell'OM CeO e diffusione a mezzo mailing list	Presidente-Segreteria	in essere	Mensile per ogni evento in programma
		Verifica presenze eventi OM CeO	Mancata adozione di un sistema di verifica	Green	Green	Green	Regolazione	Registro di firma in entrata e uscita Evento gestito da remoto/presenza e registrazioni accessi/uscite effettuata dalla segreteria	Resp. Scientifico - Segreteria	in essere	Mensile per ogni evento in programma
	Attività di verifica dell'apprendimento	Correzione verifiche dell'apprendimento eventi OM CeO	Discrezionalità nella correzione	Yellow	Yellow	Yellow	Controllo	Correzione documentata sull'elaborato del discente, prediligere verifiche a test con risposta multipla, in caso di prova complessa prediligere la correzione in contradditorio con	Resp. Scientifico	in essere	Mensile per ogni evento in programma
	Attività post evento	Assegnazioni crediti eventi OM CeO	mancata verifica dei presupposti di acquisizione del credito formativo	Yellow	Yellow	Yellow	Controllo	Controllo incrociato firme di presenza e verifiche dell'apprendimento per i discenti e controllo firma di presenza dei docenti	Resp. Scientifico	in essere	Mensile per ogni evento in programma
		Report finali eventi OM CeO	mancata e tempestiva formazione dei report da inviare alla Federazione nazionale	Green	Green	Green	Regolazione	Report predefiniti, standardizzazione scadenzario di segreteria con i termini per gli invii per ogni evento ECM	Segreteria	in essere	Annuale verifica dell'adozione dello scadenzario standardizzato
	Gestione dei crediti	Conversione crediti esteri	Discrezionalità nella procedura	Green	Green	Green	Regolazione	Applicazione determinate Commissione Nazionale ECM, visione documentazione originale e acquisizione di copia; verifica Internet esistenza Provider	Presidente Segreteria	in essere	Annuale verifica evasione istanze protocollate
		Esoneri ed esenzioni	Discrezionalità nella procedura	Yellow	Yellow	Yellow	Regolazione Controllo	Applicazione determinate Commissione Nazionale ECM, verifica Sito Co.Ge.A.P.S. ed in caso di assistenza all'iscritto per adeguamento posizione Co.Ge.A.P.S. visione documentazione originale attestante il diritto di esonero o esenzione e acquisizione di copia	Presidente Segreteria	in essere	Annuale

Arearie di rischio	Processo	Attività	Evento di rischio	Val. prob.	Val. imp.	Rischio	Tipologia misura	Misure di prevenzione	Resp. attuazione	Tempi di attuazione	Monitoraggio ed indicatori
		Assegnazioni crediti tutoraggio	Discrezionalità nell'assegnazione	Verde	Verde	Verde	Regolazione	Applicazione determinate Commissione Nazionale ECM, verifica di tutte le autocertificazioni presso gli Enti certificatori per il tutoraggio	Presidente Segreteria	in essere	Annuale verifica evasione istanze protocollare
	Controllo crediti per specifica attività	Fabbisogno formativo medici competenti	Discrezionalità e mancata tempestività della verifica del dato sul sito ministeriale	Giallo	Giallo	Giallo	Controllo	Pianificazione dei controlli sul sito ministeriale e verifica dei fascicoli degli iscritti	Presidente Segreteria	entro 31/12/2027	Annuale verifica adozione piano di controllo
Area specifica Valutazione congruità del compenso				Ciano	Ciano	Ciano					
	Asseverazione parcele	Istruttoria per il rilascio del parere	Discrezionalità nella predisposizione degli atti oggetto di valutazione	Giallo	Giallo	Giallo	Regolazione	Regolamentazione della procedura che prevede la rotazione del soggetto responsabile dell'istruttoria e possibile coinvolgimento del terzo interessato	Responsabile dell'istruttoria-Segreteria	entro 31/12/2027	Annuale regolamentazione procedura
		Fase di valutazione dell'istanza	Valutazione superficiale	Giallo	Giallo	Giallo	Regolazione	Procedura che preveda analiticamente la documentazione da allegare per la valutazione in base anche alla complessità della prestazione	Commissione Medica - Commissione Odontoiatri	entro 31/12/2027	Annuale regolamentazione procedura
		Fase decisoria	Mancata imparzialità	Giallo	Giallo	Giallo	Regolazione	Individuazione dei parametri di valutazione; archiviazione sistematica delle richieste di rilascio dei pareri di congruità che consenta l'attività di confronto	Commissione Medica - Commissione Odontoiatri	entro 31/12/2027	Annuale regolamentazione procedura
Area Specifica Scelta del professionista su richiesta di terzi				Ciano	Ciano	Ciano					
	Designazione professionisti	Designazione di rappresentanti chiamati a far parte di commissioni e organi di altri enti e Aziende sanitarie	Designazioni discrezionali e/o di soggetti non idonei	Giallo	Giallo	Giallo	Regolazione	Nomina collegiale o ratificata dal Consiglio Direttivo, standardizzazione procedure preliminari per la valutazione dei <i>curricula</i> e delle competenze dei soggetti	Consiglio Direttivo - Commissione Medica - Commissione Odontoiatri	entro 31/12/2027	Annuale predisposizione di schede standardizzate di valutazione
Area specifica Scelta di consigliere su richiesta di terzi				Ciano	Ciano	Ciano					
	Designazione consigliere	Designazione di rappresentanti chiamati a far parte di commissioni e organi di altri enti e Aziende sanitarie	designazioni discrezionali e/o di soggetti non idonei	Giallo	Giallo	Giallo	Regolazione	Nomina collegiale o ratificata dal Consiglio Direttivo, standardizzazione procedure preliminari per la valutazione dei <i>curricula</i> e delle competenze dei soggetti	Consiglio Direttivo - Commissione Medica - Commissione Odontoiatri	entro 31/12/2027	Annuale predisposizione di schede standardizzate di valutazione
Area Specifica Processo elettorale				Ciano	Ciano	Ciano					
	Procedura elettorale	Indizione delle elezioni	vizi di convocazione dell'Assemblea elettorale	Verde	Verde	Verde	Controllo Trasparenza	Vigilanza sul rispetto del regolamento elettorale; pubblicazione regolamento	Presidente Segreteria	entro 31/12/2027	Annuale verifica rispetto regolamento e pubblicazione

Arearie di rischio	Processo	Attività	Evento di rischio	Val. prob.	Val. imp.	Rischio	Tipologia misura	Misure di prevenzione	Resp. attuazione	Tempi di attuazione	Monitoraggio ed indicatori
		Composizione del seggio elettorale	vizi di composizione del seggio	■■■■■	■■■■■	■■■■■	Controllo Trasparenza	vigilanza sul rispetto del regolamento elettorale	Presidente Funzionario EP	entro 31/12/2027	Annuale verifica rispetto regolamento
		Operazioni di voto e scrutinio	vizi nelle procedure di voto e scrutinio	■■■■■	■■■■■	■■■■■	Controllo Trasparenza	vigilanza sul rispetto del regolamento elettorale e pubblicità delle operazioni	Seggio elettorale – Funzionario EP	entro 31/12/2027	Annuale verifica verbali delle operazioni elettorali e pubblicazione risultati
Area specifica Provvedimenti senza effetto economico				■■■■■	■■■■■	■■■■■					
	Concessione del patrocinio	istruttoria e valutazione delle istanze	istruttoria carente valutazione superficiale e discrezionale	■■■■■	■■■■■	■■■■■	Regolazione	Individuazione delle fasi istruttorie e dei requisiti minimi per la concessione con particolare attenzione alla presenza di sponsorizzazioni non adeguate, pubblicazione patrocini concessi	Consiglio Direttivo – Funzionario EP	31/12/2027	Mensile per evento patrocinato
Risorse Umane Reclutamento del personale e progressioni di carriera				■■■■■	■■■■■	■■■■■					
	Programmazione e procedure di reclutamento	redazione pianta organica	valutazione inappropriata dei carichi di lavoro	■■■■■	■■■■■	■■■■■	Controllo	Rilevazione dei carichi di lavoro e delle competenze per determinare le necessità	Consiglio Direttivo - Funzionario EP	in essere	Annuale se vi è stata necessità di revisione
		procedure selezione personale	inadeguatezza della Commissione giudicatrice	■■■■■	■■■■■	■■■■■	Regolazione	Nomina dei componenti della Commissione di esame conseguente ad una approfondita analisi dei curricula e delle competenze, valutazione del possibile conflitto di interesse ed individuazione dei criteri per la	Consiglio Direttivo	in essere	Annuale verifica documentazione e verbali di nomina
	Progressioni di carriera	istruttoria e valutazione delle istanze	valutazioni discrezionali senza verifica delle norme contrattuali e dell'analisi meritocratica	■■■■■	■■■■■	■■■■■	Controllo	Procedura di valutazione delle performance e delle competenze in ossequio alle disposizioni contrattuali in materia	Consiglio Direttivo	in essere	Annuale verifica verbali del Consiglio Direttivo o della Commissione delegata
	Contrattazione decentrata	contrattazione decentrata	mancata applicazione delle relazioni sindacali	■■■■■	■■■■■	■■■■■	Regolazione	Rispetto delle relazioni previste dai CCNL e pubblicazione esiti	Consiglio Direttivo – Funzionario EP	in essere	Annuale verifica verbali di contrattazione
	Procedure disciplinari	istruttoria, celebrazione	mancata garanzia di equità, mancate segnalazioni, se del caso, all'Autorità giudiziaria	■■■■■	■■■■■	■■■■■	Regolazione	Attuazione delle procedure previste per l'istruzione dei procedimenti, sussunzione degli accadimenti alle fattispecie normative di riferimento, puntuale contestazione degli addebiti, invio segnalazioni all'AG competente di tutte le possibili ipotesi di reato, rispetto delle garanzie di difesa	Segretario - Presidente	in essere	Annuale verifica dei verbali di procedimento

Arearie di rischio	Processo	Attività	Evento di rischio	Val. prob.	Val. imp.	Rischio	Tipologia misura	Misure di prevenzione	Resp. attuazione	Tempi di attuazione	Monitoraggio ed indicatori
Affidamento Affidamento incarichi di collaborazione consulenze											
	Affidamento dell'incarico	Individuazione del soggetto da incaricare					Controllo	Utilizzo delle risorse umane in essere, individuazione di procedure selettive per l'individuazione dei consulenti, individuazione collegiale o da ratificare in Consiglio Direttivo; rispetto degli obblighi di pubblicazione e conflitto di interesse	Consiglio Direttivo Presidente – Funzionario EP	in essere	Annuale verifica verbali e delibere del Consiglio direttivo verifica pubblicazione dell'incarico e dichiarazioni di inconferibilità
		valutazione del corrispettivo economico					Controllo	Elemento della procedura selettiva, valutazione collegiale o da ratificare in Consiglio Direttivo; rispetto degli obblighi di trasparenza	Consiglio Direttivo Presidente – Funzionario EP	in essere	Annuale verifica verbali e delibere del Consiglio direttivo e pubblicazione del corrispettivo economico
Affidamento Affidamento lavori, servizi e forniture											
	Programmazione	Individuazione dell'oggetto dell'affidamento	insussistenza e genericità dell'oggetto di affidamento				Regolazione Trasparenza	Verifica della rispondenza dell'affidamento ai bisogni dell'ente mediante escussione dei soggetti interessati all'acquisizione e individuazione congiunta delle caratteristiche del prodotto riportate in bando/avviso/invito/capitolato	Consiglio Direttivo – Funzionario E.P.	in essere	Annuale verifica delibere e verbali del Consiglio Direttivo
		Strumento per l'affidamento	non corretta individuazione dello strumento				Regolazione	Formazione del RUP Motivazione della scelta	Consiglio Direttivo RUP	in essere	Annuale verifica delibere e verbali del Consiglio Direttivo
	Progettazione	Redazione della documentazione per la procedura negoziata	redazione imprecisa e/o non rispondente allo strumento				Controllo	Formazione del RUP Condivisione tra l'ordinante e gli uffici predisponenti la redazione della documentazione al fine di rendere chiara e puntuale la medesima.	RUP	In essere	Annuale verifica delibere e verbali del Consiglio Direttivo
		Requisiti di partecipazione (codice degli appalti, Durc)	Mancata o parziale verifica dei requisiti				Controllo	Prevedere le verifiche integrali delle dichiarazioni rese dai concorrenti	RUP	in essere	Annuale verifica fascicoli di affidamento

Arearie di rischio	Processo	Attività	Evento di rischio	Val. prob.	Val. imp.	Rischio	Tipologia misura	Misure di prevenzione	Resp. attuazione	Tempi di attuazione	Monitoraggio ed indicatori
	Selezione del contraente	Individuazione dei criteri per la valutazione delle offerte	Criteri generici e/o troppo stringenti	Verde	Verde	Verde	Regolazione	Individuazione preventiva e proporzionata dei criteri di aggiudicazione e pubblicità dei medesimi	Consiglio Direttivo - RUP	In essere	Annuale verifica fascicoli di affidamento
	Aggiudicazione e stipula del contratto	Procedure negoziate (art. 57 Cod.)	Applicazione inadeguata	Giallo	Giallo	Giallo		Attenta valutazione dei presupposti per l'applicazione della procedura e utilizzo MEPA	Presidente - RUP	In essere	Semestrale verifica acquisti
		Procedure <i>sottosoglia</i> ivi comprese quelle in economia di cui agli art 121 e ss. del Codice dei Contratti pubblici	mancata acquisizione di preventivi minimi	Giallo	Giallo	Giallo		Richiesta di almeno 3 preventivi tra gli operatori economici del settore, garantendone la rotazione, in funzione della disponibilità di mercato e della tipologia della prestazione. Redazione della motivazione dell'affidamento	Presidente - RUP	In essere	Semestrale verifica acquisti
	Esecuzione	Gestione della fase di esecuzione del contratto	mancata o insufficiente verifica e/o collaudo	Giallo	Giallo	Giallo		Coordinamento tra il RUP, gli uffici e il Presidente per aumentare la fase di controllo	Presidente - RUP - Segreteria	In essere	Semestrale verifica esiti esecuzioni
Attività istituzionali e peculiari degli Organi e Organismi Consiliari				Blu	Blu	Blu					
	Nomina terzo arbitro	Istruttoria e individuazione del soggetto	nomina discrezionale	Giallo	Giallo	Giallo	Regolazione	Rotazione degli incaricati, standardizzazione procedura in essere di individuazione del designato	Consiglio Direttivo - CAM - CAO	entro 31/12/2027	Annuale verifica adozione procedura standardizzata
	Assemblea degli iscritti	Assemblee ordinarie e straordinarie	vizi di convocazione dell'Assemblea	Verde	Verde	Verde	Regolazione	Vigilanza sul rispetto del regolamento	Presidente Segreteria	In essere	Semestrale verifica completezza e tempistica invio convocazioni
	Tasse ordinistiche	Determinazione di tasse, diritti, contributi e/o oneri economici per i servizi	Mancata valutazione del risultato di bilancio e della situazione di morosità	Giallo	Giallo	Giallo	Controllo	Individuazione degli importi alla luce dei risultati economici e dell'attività programmata	Consiglio Direttivo - Collegio dei Revisori	In essere	Annuale Verifica del Consiglio e relazione del Collegio dei Revisori
Procedure disciplinari				Blu	Blu	Blu					
	Eposti/segnalazioni	Ricezione segnalazioni	Mancata protocollazione	Verde	Verde	Verde	Regolazione	Protocollazione al ricevimento e sottoposizione al Presidente della Commissione Medica e/o della Commissione Odontoiatri	Segreteria	In essere	Mensile verifica protocollo informatico e presenza fascicolo disciplinare

Arene di rischio	Processo	Attività	Evento di rischio	Val. prob.	Val. imp.	Rischio	Tipologia misura	Misure di prevenzione	Resp. attuazione	Tempi di attuazione	Monitoraggio ed indicatori
		Riscontro notizie dai media	Mancata verifica delle notizie	Verde	Verde	Verde	Regolazione	Convocazione dell'iscritto citato in notizia e, nei casi possibili, richiesta conferma notizia alla Procura della Repubblica	Presidente - Segreteria	in essere	Mensile verifica fascicolo disciplinare
	Istruttoria	Richiesta ispezioni ad ASL e/o NAS	Discrezionalità	Giallo	Giallo	Giallo	Regolazione	Invio della richiesta di ispezione a seguito di tutte le segnalazioni in materia di possibile esercizio abusivo della professione e/o di violazione delle norme sui requisiti igienico-tecnici-sanitari delle	Presidente - Segreteria	in essere	Mensile verifica fascicolo disciplinare
		Trasmissione atti alla Commissione di disciplina	Mancata formazione del fascicolo	Verde	Verde	Verde	Regolazione	Controllo del protocollo e della documentazione inserita in fascicolo	Presidente - Segreteria	in essere	Mensile verifica fascicolo disciplinare
		Decisione apertura o archiviazione pratica Disciplinare	Discrezionalità	Giallo	Giallo	Giallo	Regolazione	Valutazione di tutti gli atti istruttori alla luce del Codice di Deontologia Medica e della legge 175/98	Commissione Medica Commissione Odontoiatri	in essere	Semestrale verifica fascicolo disciplinare
		Convocazione Sanitario ex art. 39 DPR 221/50	Vizio di convocazione	Verde	Verde	Verde	Regolazione	Utilizzo di format predefiniti per l'invio delle convocazioni ex art 39 DPR 221/50	Presidente Commissione Medica Presidente Commissione Odontoiatri	in essere	Semestrale verifica fascicolo disciplinare
		Acquisizione eventuale memoria difensiva	Mancata acquisizione	Verde	Verde	Verde	Regolazione	Protocolloazione di tutti i documenti e numerazione progressiva degli atti di fascicolo	Segreteria	in essere	Semestrale verifica fascicolo disciplinare
	Celebrazione del procedimento	Celebrazione Procedimento	Vizi di procedura	Giallo	Giallo	Giallo	Regolazione	Verbalizzazione	Commissione Medica – Commissione Odontoiatri	in essere	Semestrale verifica fascicolo disciplinare
		Decisione	Vizi di motivazione	Giallo	Giallo	Giallo	Regolazione	Utilizzare format predefinito per agevolare il percorso logico giuridico sottostante alla decisione	Commissione Medica - Commissione Odontoiatri	in essere	Semestrale verifica fascicolo disciplinare
		Notifica Decisione	Notifica intempestiva	Giallo	Verde	Verde	Regolazione	Scadenzario organizzato di segreteria per l'invio delle decisioni	Segretario Segreteria	in essere	Semestrale verifica fascicolo disciplinare
	Esecuzione sanzione interdittiva	Decorrenza sanzione sospensiva/interditti va a seguito di decisione della CCEPS	Discrezionalità	Verde	Verde	Verde	Regolazione	Valutazione di volta in volta del tipo di attività da interrompere e del tempo necessario a garantire gli utenti	Consiglio Direttivo	in essere	Semestrale verifica fascicolo disciplinare
Gestione economica dell'ente				Blu	Blu	Blu					
	Gestione entrate	Accertamento delle entrate	Mancata registrazione delle contabili di entrata	Verde	Verde	Verde	Regolazione controllo	Controllo delle registrazioni e automazione dei flussi di Tesoreria esterna	Tesoriere – Funzionario EP - Collegio dei Revisori	in essere	Mensile verifica corrispondenza flussi e saldo di Tesoreria esterna

Arearie di rischio	Processo	Attività	Evento di rischio	Val. prob.	Val. imp.	Rischio	Tipologia misura	Misure di prevenzione	Resp. attuazione	Tempi di attuazione	Monitoraggio ed indicatori
		Riscossione delle entrate da terzi	Mancata registrazione delle contabili di entrata				Regolazione Controllo	Generazione in house documentazione PagoPA	Tesoriere – Funzionario EP - Collegio dei Revisori	in essere	Mensile verifica corrispondenza flussi e saldo di Tesoreria esterna
		Riscossione tasse dagli iscritti	Mancata verifica degli esiti PagoPA				Regolazione Controllo	Invio annuale mediante bollettini pago PA e verifica della rispondenza delle posizioni con flusso di tesoreria e gestione mancati recapiti	Funzionario EP Assistente amministrativo Collegio dei Revisori	in essere	Mensile verifica corrispondenza flussi e saldo di Tesoreria esterna
		Gestione morosità iscritti	Mancata vigilanza sul recupero del credito				Regolazione Controllo	Attuazione della procedura deliberata	Funzionario EP - Assistente amministrativo -Collegio dei Revisori	in essere	Annuale verifica bollettini PagoPA insoluti
	Gestione uscite	Impegni di spesa, inclusa assunzione e registrazione	Mancata verifica delle contabili di uscita e della capienza di capitolo in caso di pagamento				Regolazione Controllo	Registrazione delle contabili in allineamento con i flussi della tesoreria esterna; verifica dell'impegno di spesa prima del pagamento	Tesoriere – Funzionario EP Collegio dei Revisori	in essere	Mensile verifica corrispondenza flussi e saldo di Tesoreria esterna verifica delibere di impegno di spesa del Consiglio Direttivo
		Rimborsi delle spese di trasferta, missione o altro genere a consiglieri e/o dipendenti	Rimborsi discrezionali				Controllo	Verifica dell'autorizzazione alla missione, acquisizione e verifica della documentazione prodotta a supporto della richiesta di rimborso	Tesoriere - Funzionario EP - Collegio dei Revisori	in essere	Annuale verifica presenza della documentazione a supporto del rimborso
		Gestione di cassa economale	Mancata registrazione pagamento				Regolazione Controllo	Tenuta registro servizio economato e registrazione contabile in partita di giro	Funzionario EP - Collegio dei Revisori	in essere	Annuale verifica chiusura periodica di cassa economale
	Gestione beni	Gestione dei beni mobili, ivi incluso inventario	Mancata o parziale annotazione				Regolazione Controllo Trasparenza	Implementazione e revisione periodica con verifica documenti di pagamento e di dismissione	Funzionario EP - Collegio dei Revisori	in essere	Annuale verifica inventario allegato al bilancio consuntivo in collaborazione con il Collegio dei Revisori
		Gestione dei beni ad uso personale dei consiglieri	Mancanza di strumenti di controllo				Regolazione Controllo	Registrazione dell'assegnazione di beni e strumenti ed effettuazione di controlli periodici	Consiglio Direttivo-Segreteria-Collegio dei Revisori	in essere	Annuale verifica inventario allegato al bilancio consuntivo in collaborazione con il collegio dei Revisori
	Scritture contabili	Tenuta delle scritture contabili	Mancata o parziale verifica dei flussi contabili di Tesoreria				Regolazione Controllo	Registrazione aggiornata e contestuale verifica con flusso servizio Banca tesoreria	Funzionario EP - Collegio dei Revisori	in essere	Mensile verifica corrispondenza flussi e saldo di Tesoreria esterna

Area di rischio	Processo	Attività	Evento di rischio	Val. prob.	Val. imp.	Rischio	Tipologia misura	Misure di prevenzione	Resp. attuazione	Tempi di attuazione	Monitoraggio ed indicatori
		Formazione e/o variazione del Bilancio di Previsione	Formazione non rispondente alle scritture contabili e mancato invio all'approvazione dell'Assemblea degli iscritti				Regolazione Controllo	Formazione del documento di Bilancio di Previsione congiunta con il Tesoriere, il Collegio dei Revisori e il Consiglio Direttivo	Funzionario E.P. Collegio dei Revisori	in essere	Annuale verifica trasmissione all'approvazione dell'Assemblea degli iscritti
		Formazione e/o variazione del Bilancio Consuntivo	Formazione non rispondente alle scritture contabili e mancato invio all'approvazione dell'Assemblea degli iscritti				Regolazione Controllo	Formazione del documento di Bilancio Consuntivo congiunta con il Tesoriere, il Collegio dei Revisori e il Consiglio Direttivo	Funzionario E.P. Collegio dei Revisori	in essere	Annuale verifica trasmissione all'approvazione dell'Assemblea degli iscritti

BOVISA