

# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

## P.I.A.O. 2025-2027

**Modalità semplificata ex art. 6, co. 6, D.L. n. 80/2021**

Versione 1 – <i>Versione definitiva approvata dal Consiglio Direttivo</i>	<b>Delibera n. 5 del 22/01/2025</b>
---	-------------------------------------

### PREMESSA

Il Piano integrato di attività e organizzazione – P.I.A.O. - è un documento unico di programmazione e governance ed è stato introdotto all'art. 6 del D.L. n. 80/2021, convertito con modificazioni dalla L.113/2021. L'obiettivo è la semplificazione dell'attività amministrativa e una maggiore qualità e trasparenza dei servizi pubblici.

I contenuti del P.I.A.O. sono definiti con il DPCM 132/2022, nel quale viene fornito uno schema semplificato di redazione per gli Enti con un numero di dipendenti inferiore a 50.

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di AREZZO ha adottato lo schema semplificato, in quanto rientra negli Enti con un numero inferiore a 50 dipendenti per cui non vengono inserite all'interno del P.I.A.O. le seguenti sottosezioni:

- Sezione 2, nella parte "Valore pubblico" e "Performance"

- Sezione 4 relativa al "Monitoraggio"

Il presente P.I.A.O. è stato approvato dal Consiglio Direttivo nella seduta del 22/01/2025, con delibera n. 5 e pubblicato in formato digitale nella sezione Amministrazione Trasparente nel proprio sito istituzionale. L'aggiornamento del presente P.I.A.O. avrà cadenza annuale.

## Sezione I

### SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

<b>Denominazione</b>	Ordine delle Professioni Infermieristiche di AREZZO – O.P.I.
<b>Indirizzo</b>	Via Marco Perennio n. 24/B, 52100 Arezzo (AR)
<b>Codice Fiscale</b>	80002620518
<b>Codice IPA</b>	cdipa_05
<b>Codice Univoco</b>	UFI68Q
<b>Tipologia</b>	Ente pubblico non economico
<b>Sito Istituzionale</b>	<a href="http://www.opiarezzo.it">www.opiarezzo.it</a>
<b>Indirizzo PEC</b>	<a href="mailto:arezzo@cert.ordine-opi.it">arezzo@cert.ordine-opi.it</a>
<b>Indirizzo e-mail</b>	<a href="mailto:info@opiarezzo.it">info@opiarezzo.it</a>

## Sezione II

### VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Ai sensi dell'art. 6 del d.m. 24 giugno 2022, nella presente sezione è presente solo la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza".

## RISCHI CORRUTTIVI

La presente sottosezione si compone di tre parti:

**Parte I** – Premesse e principi, sistema complessivo di gestione del rischio, obiettivi strategici anticorruzione e trasparenza, soggetti coinvolti

**Parte II** – Analisi contesto esterno e interno, valutazione del rischio, trattamento del rischio, monitoraggio

**Parte III** – Trasparenza

### Parte I

#### Premesse e Principi

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di AREZZO ha adottato, per il triennio 2025-2027, il presente Programma per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, che contiene gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione e di trasparenza, fissati dall'organo di indirizzo, ovvero il Consiglio Direttivo.

Il presente Programma descrive, inoltre, le misure organizzative predisposte per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza, al fine di assicurare gli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni non solo ai propri professionisti, ma anche a tutti i cittadini. Nel rispetto della normativa vigente, l'Ordine si è dotato di un Programma anticorruzione a partire dal 2015 al fine di mappare e prevenire il rischio corruttivo attraverso un atto programmatico e organizzato secondo criteri di coerenza e applicabilità rispetto lo scopo istituzionale dell'Ente.

Il P.I.A.O. 2025-2027 è stato predisposto sulla base dell'attività di monitoraggio e controllo svolte dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza – RPCT – nell'anno 2024.

Il Programma si conforma ai seguenti principi:

- 1. Coinvolgimenti dell'organo di indirizzo:** Il Consiglio Direttivo è parte attiva e integrante del processo di mappatura dei rischi e dell'individuazione degli obiettivi strategici fondamentali per l'attuazione delle misure preventive e di sensibilizzazione.
- 2. Prevalenza della sostanza sulla forma – Effettività:** Il processo di valutazione e gestione del rischio si basa sulle caratteristiche specifiche dell'Ente allo scopo di ridurre il livello di esposizione al rischio corruttivo.
- 3. Gradualità e selettività:** L'Ordine sviluppa la gestione del rischio attraverso un processo di analisi graduale del rischio, secondo criterio di priorità.
- 4. Benessere collettivo:** L'Ordine opera nella consapevolezza che la gestione del rischio persegue un aumento del livello di benessere degli stakeholders di riferimento, primi fra tutti, i Professionisti iscritti all'Albo tenuto.

#### Sistema di gestione del rischio corruttivo

La Governance dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche è costituita dal Consiglio Direttivo, quale organo amministrativo, il Collegio Revisore dei Conti, quale organo deputato alla verifica del bilancio e l'Assemblea degli Iscritti, quale organo deputato all'approvazione dei bilanci. A latere di tali organi vi è la Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie -CCEPS- quale organo competente per i ricorsi in tema di Albo, i ricorsi elettorali e organo giurisdizionale disciplinare e, infine, il Ministero competente, con poteri di supervisione e Commissariamento. La

figura di controllo prevalente sulla gestione del rischio corruttivo è il RPCT, mentre l'organo Direttivo è titolare di un controllo generalizzato sulla compliance alla normativa di anticorruzione. Il sistema di gestione del rischio corruttivo è riassunto nello schema qui riportato.

<b>IMPIANTO ANTICORRUZIONE</b>	
<p>☐ <b>NOMINA RPCT – Dr. Patrizia Capanni</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Predisposizione, popolamento e aggiornamento della sezione amministrazione trasparente</li> <li>● Adozione tempestiva del P.I.A.O., su delibera del C.D.</li> <li>● Adozione di una programmazione di trasparenza e di prevenzione della corruzione</li> <li>● Pubblicazione del P.I.A.O. nella Piattaforma ANAC</li> <li>● Adozione codice generale dei dipendenti e codice specifico dell'ente (applicabile anche ai Consiglieri)</li> <li>● Verifica situazioni di incompatibilità e inconfiribilità in capo ai componenti del Consiglio Direttivo</li> <li>● Adozione regolamento accessi e pubblicazione sul sito istituzionale</li> </ul>	
<p>☐ <b>CONTROLLI NEL CONTINUO (livello I e II)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Attestazione annuale sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza</li> <li>● Approvazione del bilancio da parte del Collegio dei Revisori dei Conti e dell'Assemblea</li> <li>● Predisposizione ed attuazione di un piano di controllo delle misure di prevenzione da parte del RPCT</li> <li>● Scheda "monitoraggio" della Piattaforma di condivisione</li> <li>● Relazione del RPCT (pubblicazione nella sezione Amministrazione trasparente)</li> </ul>	
<p>☐ <b>VIGILANZA ESTERNA (livello III)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ministero competente</li> <li>● FNOPI</li> <li>● Assemblea degli iscritti</li> <li>● Collegio dei Revisori dei Conti</li> <li>● CCEPS</li> <li>● ANAC</li> </ul>	

### **Predisposizione del P.I.A.O.**

Il presente P.I.A.O. è stato predisposto dal RPCT ed è stato approvato dal Consiglio Direttivo con delibera n. 5 del 22/01/2025.

Il P.I.A.O. ha validità triennale e sarà aggiornato annualmente entro il 31 gennaio di ogni anno, fatto salve eventuali proroghe indicate da ANAC. Con Comunicato del Presidente n. 7 del 10 gennaio 2024 in cui la scadenza è stata disposta per il 31 gennaio.

La sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza ha anch'essa validità triennale e salvo necessità di revisioni, come da regolamentazione in vigore, verrà aggiornata allo scadere del triennio con termine ultimo al 31 gennaio 2027.

### **Pubblicazione del P.I.A.O.**

Il presente P.I.A.O. viene pubblicato nella Sezione *Amministrazione Trasparente/Altri Contenuti/Anti-Corruzione* e nella sezione *Amministrazione Trasparente/Disposizioni generali/Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e della trasparenza* (mediante link alla sottosezione Altri contenuti/Anticorruzione), sul sito istituzionale. Verrà, inoltre, resa nota l'approvazione del P.I.A.O. anche attraverso la sezione in evidenza nella Home page del sito istituzionale con link per raggiungere la sezione Amministrazione Trasparente ove è pubblicato.

Il RPCT procederà a condividere il presente P.I.A.O. tramite la pubblicazione sul sito istituzionale, su ANAC e portale P.I.A.O. del Dipartimento Funzione Pubblica.

### **Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza triennio 2025-2027**

Il Consiglio Direttivo ha approvato nella seduta del 22/01/2025 gli obiettivi strategici in materia di trasparenza e prevenzione. Gli obiettivi strategici per l'anno 2025 sono riportati di seguito:

1. **Formazione:** Come già svolto negli anni precedenti il RPCT incentiva i membri dell'Organo Direttivo e i dipendenti a svolgere formazione in materia di anticorruzione. A tal fine è previsto un budget all'interno del bilancio spendibile per la formazione in materia. Il RPCT si impegnerà a valutare e proporre corsi di formazione rispetto all'offerta proposta e rispetto ai costi previsti dall'Ente..

2. **Digitalizzazione:** è stato nominato il Referente della Transazione Digitale (RTD) nella figura del Segretario Dr. Danzi Cristiano dell'Ordine, con delibera n. 53 del 10/03/2022. Con la nomina del RTD si dà impulso all'avvio del processo di implementazione della digitalizzazione.

Proprio in direzione di avere le massime risorse allo svolgimento del progetto di digitalizzazione, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di AREZZO ha partecipato al bando per il fondo PNRR, con avviso visura n. 1.4.4, denominato: “*estensione dell'utilizzo delle piattaforme nazionali di identità digitale: SPID/CE*”.

Il finanziamento previsto per l'anno 2023, è stato accettato nel medesimo anno, con l'importo previsto di 14.000,00 euro, mediante cui verranno sovvenzionate le spese per la digitalizzazione nell'anno 2024, che saranno svolte ed ultimate nell'anno 2025.

Alla predisposizione del P.I.A.O. saranno pertanto promossi i seguenti cambiamenti nell'anno 2025:

- Introduzione dello sportello web sul sito istituzionale ed implementazione del sito con ingresso con SPID/CE
- Aggiornamento delle modalità e sistema di pagamento pagoPA con il servizio di visura che permette di trasformare tutti gli avvisi di pagamento in formato digitale, tramite cui si può gestire in autonomia pagamento e ottenere la fattura immediatamente dopo il pagamento.
- Alle azioni già messe in atto seguirà una pianificazione degli obiettivi di digitalizzazione, tra cui alcuni interventi sono già previsti da effettuare entro il triennio 2025-2027:

1. **Trasparenza:** A seguito della delibera di semplificazione n. 777/2021 di ANAC, l'Ordine effettua controlli specifici sui livelli di trasparenza nelle comunicazioni agli iscritti e a seconda dei riscontri ottenuti, verrà pianificato, se necessario, un innalzamento del livello di Trasparenza. Proprio a tal fine, verrà maggiormente utilizzato i canali social per le comunicazioni con gli Iscritti.

#### Soggetti coinvolti nella predisposizione e nell'attuazione della programmazione anticorruzione e trasparenza per il triennio 2025-2027

Il P.I.A.O. si fonda sull'attività dei seguenti soggetti:

- La Dipendente e il Consiglio Direttivo dell'Ordine
- Il Collegio dei Revisori dei Conti
- La Commissione d'Albo Infermieri
- I titolari di contratti per lavori, servizi e forniture
- I Collaboratori e Consulenti
- Gli stakeholders

#### **Consiglio Direttivo**

Il Consiglio dell'Ordine approva il P.I.A.O. 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 controllo generalizzato sulla compliance dell'Ente alla normativa di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

#### **RPCT**

Con delibera n. 112 del 20/11/2024, l'Ordine ha proceduto alla nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPCT) nella persona della Dr.ssa Patrizia Capanni, Vicepresidente dell'Ente. La scelta è ricaduta su un Consigliere dell'Ordine in quanto non è stato possibile affidare l'incarico a un dipendente interno.

Il RPCT svolge i compiti previsti dalla normativa di riferimento e in conformità alle disposizioni normative e regolamentari:

- possiede qualifiche e 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 adottati siano conformi alla normativa di riferimento;
- è in possesso delle specifiche professionali per rivestire il ruolo e continua a maturare esperienza attraverso formazione specifica sui temi trattati;
- presenta requisiti di integrità e di indipendenza.

Il RPCT quale membro dell'Ordine è vincolato al rispetto del Codice dei Dipendenti. Rispetto ai requisiti di integrità e compatibilità, con cadenza annuale, rinnova la propria dichiarazione in tema di assenza di cause di incompatibilità, inconferibilità e conflitto di interessi.

Nel caso l'indisponibilità si protragga per un tempo superiore ai 12 mesi verrà nominato dal Consiglio Direttivo un nuovo RPCT.

### ***Dipendenti***

La Dipendente dell'Ordine, compatibilmente con le proprie competenze, prende attivamente parte alla predisposizione del P.I.A.O. 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 P.I.A.O., assumendo incarichi e compiti specifici, come anche individuato nell'allegato relativo ai Responsabili della Trasparenza.

### **OIV – Organismo Indipendente di valutazione**

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

I compiti dell'OIV relativamente all'attestazione degli obblighi di trasparenza vengono svolti direttamente dal RPCT.

### ***Organo di Revisione***

L'Ordine si è dotato di un Collegio dei Revisori, nelle persone di:

***Presidente: Dr.ssa Farina Emanuela***

***Componente effettivo: Dr. Caprini Paolo***

***Componente effettivo: Dr. Valeriani Damiano***

***Componente supplente: Dr. Bonarini Andrea***

per le attività relative alla verifica del bilancio. L'attività di revisione contabile è qualificabile come attività di controllo che si integra con i controlli predisposti e dettagliati nel presente programma.

### ***RASA***

Al fine dell'alimentazione dei dati nell'AUSA, l'Ordine ha individuato nella figura del Presidente Dr Giovanni Grasso con delibera n.101 del 16/06/2021, per i relativi adempimenti.

### ***Data Protection Officer (DPO)***

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 il proprio DPO. Con la delibera n.32 del 21/03/2018 è stata nominata la società Quality Management S.r.l.s..

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.

### ***Stakeholders***

Si segnala che in considerazione della propria natura di Ente Pubblico a base associativa, la categoria



di stakeholders prevalente è quella costituita dagli Iscritti all'Albo.

## Parte II

### Sistema di gestione del rischio corruttivo

Nell'analisi della gestione del rischio, il presente Ordine ha deciso di descrivere e differenziare al meglio il contesto operativo, secondo un contesto esterno e un contesto interno, mediante un'analisi più approfondita dei processi.

Il processo di gestione del rischio prevede tre fasi:

1. analisi del contesto (esterno ed interno) in cui l'ente opera;
2. valutazione del rischio (identificazione, analisi, valutazione e ponderazione dei rischi);
3. trattamento del rischio (identificazione delle misure di prevenzione e loro programmazione) cui si aggiungono una fase di monitoraggio delle misure e del sistema generale di gestione del rischio e una fase di consultazione e comunicazione con gli stakeholders.

Il processo di gestione del rischio viene condotto: sulla base delle attività di adeguamento e compliance; sulla base dei risultati del monitoraggio svolto dal RPCT durante l'anno 2023. Il processo di gestione del rischio, con particolare riguardo alla fase di mappatura e analisi, viene rivisto e aggiornato con cadenza annuale in concomitanza della predisposizione del P.I.A.O.

### FASE 1.

#### Contesto ESTERNO

##### *Territorio*

L'estensione territoriale coincide con la provincia di AREZZO: circa 343 mila abitanti in un'area di 3233 chilometri quadrati con 36 Comuni.

L'economia è tradizionalmente forte nei settori artigianato e piccola media industria.

##### *Criminalità*

Il territorio di riferimento è interessato da bassi fenomeni di criminalità.

##### *Stakeholders*

Il contesto esterno comporta una serie di rapporti istituzionali con altri soggetti quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, i seguenti:

- Iscritti all'Albo della provincia di riferimento;
- Iscritti all'Albo della stessa professione ma di altre province;
- Ministero della Salute, quale Organo di vigilanza;
- PPAA in particolare enti locali;
- Università ed Enti di istruzione e ricerca;
- Autorità Giudiziarie;
- Altri Ordini e Collegi professionali della provincia e di altre province;
- Organismi, Coordinamenti, Federazioni;
- Provider di formazione autorizzati e non autorizzati;
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI);
- Cassa di previdenza (ENPAPI);
- Fornitori di beni quale materiale indispensabile per il regolare funzionamento dell'Ente;
- Fornitori per l'esecuzione di lavori o manutenzioni su impianti, attrezzature, beni mobili o immobili;
- Fornitori di servizi quali informatici, tecnici e di supporto alle attività ordinarie degli uffici;
- Fornitori di servizi professionali quali consulenze in attivo (legale, fiscale e tecnica).

##### *Variabili esterne*

Ad oggi non sono state riscontrate variabili esterne.

## Contesto INTERNO

### *Caratteristiche e specificità dell'ente*

L'Ordine delle professioni Infermieristiche di AREZZO è un Ente Pubblico, non economico, a matrice associativa con le seguenti caratteristiche:

- è un organo di diritto pubblico con la finalità di tutelare gli interessi pubblici connessi con l'esercizio professionale;
- ha prevalentemente interessi di natura territoriale;
- è dotato di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare;
- è finanziato solo attraverso i contributi dei propri Iscritti;
- non è sottoposto al controllo contabile da parte della Corte dei Conti (la giurisdizione della Corte dei Conti è limitata a danni erariali commessi dai Componenti l'Ordine);
- controllo di bilancio da parte dell'Assemblea degli Iscritti;
- specificità derivanti dal D.l. 101/2010 e da D.lgs. 33/2013;
- la governance è affidata al Consiglio Direttivo, quale organo politico dell'Ente;
- assenza di potere decisionale in capo a Dipendenti;
- Missione istituzionale ex lege;
- è sottoposto al controllo del Ministero della Salute e della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI);

### *Organizzazione risorse umane*

L'Ordine è retto dal Consiglio Direttivo. A supporto vi sono la Commissione di Albo, i dipendenti, collaboratori e consulenti esterni, ciascuno con le proprie competenze, nonché l'organo di revisione. Il Consiglio opera su mandato degli iscritti, che si riuniscono in Assemblea per l'approvazione del bilancio preventivo, consuntivo e variazioni.

### Consiglio direttivo

L'Ordine è retto dal Consiglio Direttivo, costituito da n.15 consiglieri, eletti per il quadriennio 2025-2028, il quale elegge al proprio interno le cariche di Presidente, Vicepresidente, Segretario e Tesoriere.

<b>Presidente</b>	Grasso	Giovanni
<b>Vice Presidente</b>	Capanni	Patrizia
<b>Segretario</b>	Danzi	Cristiano
<b>Tesoriere</b>	Donati	Giacomo
Consigliere	Badini	Maria
Consigliere	Ceruti	Beatrice
Consigliere	Ciardi	Laura
Consigliere	Dragoni	Veronica
Consigliere	Eliasova	Martina
Consigliere	Gualdani	Marco
Consigliere	Lacroce	Ilaria
Consigliere	Meucci	Laura
Consigliere	Pancioni	Luca
Consigliere	Romei	Elena Sofia
Consigliere	Tomao	Roberto

I membri del Consiglio Direttivo operano a titolo gratuito, come si evince dalle dichiarazioni in carta semplici di rinuncia al compenso, e svolgono le attività previste dalla normativa di riferimento



riunendosi di norma una volta per mese salvo riunioni straordinarie.

Le attività del Consiglio Direttivo sono regolate dal “*Regolamento disciplinante l’attività degli Organi del Ordine delle Professioni Infermieristiche di Arezzo*”.

I rimborsi relativi alle spese sostenute per lo svolgimento dell’attività come membro del Consiglio Direttivo sono regolati dal “*Regolamento per rimborsi spese sostenute dai componenti del CD, della CAI e del CRC OPI Arezzo*”.

### **Dipendenti**

All’atto di predisposizione del presente P.I.A.O., presso l’Ordine sono impiegati n. 1 dipendente a tempo indeterminato, full time, in livello C- ex C2.

Al Dipendente viene applicato il CCNL per il Personale non dirigente del comparto Funzioni Centrali – Enti Pubblici Non Economici.

Il Dipendente collabora attivamente con il Consiglio Direttivo, ma non ha in capo nessun processo decisionale.

Il Dipendente opera come RUP, previa verifica delle incompatibilità.

### **Consulenti e Collaboratori:**

Il Consiglio Direttivo si avvale della collaborazione di consulenti e collaboratori al fine di garantire appropriatezza alle proprie attività gestionali e decisionali.

- Consulente Legale
- Consulente Contabile e del Lavoro
- Consulenti sicurezza nei luoghi di lavoro
- Consulenti informatici
- DPO
- Medico Competente
- Direttore Responsabile Testata giornalista, iscritto albo giornalisti

### **Collegio dei Revisori**

L’operatività del Consiglio Direttivo è supportata dal Collegio dei Revisori, così costituito:

<b>Presidente</b> <i>(iscritto nel Registro dei revisori legali- Legge 3/2018)</i>	Farina	Emanuela
<b>Membro Effettivo</b>	Caprini	Paolo
<b>Membro Effettivo</b>	Valeriani	Damiano
<b>Membro Supplente</b>	Bonarini	Andrea

### **Commissione Albo Infermieri**

L’Organo, è costituito da n.7 Componenti, eletti per il quadriennio 2025-2028.

<b>Presidente</b>	Rossi	Barbara 28/01/1967
<b>Vice Presidente</b>	Tofani	Alessandra
<b>Segretario</b>	Castiglia	Giuseppe
Componente	Manerchia Maserà	Anna Maria
Componente	Panicucci	Luciana
Componente	Mazzoli	Sara
Componente	Sandroni	Catia

### **Organigramma**

L'organigramma dell'Ordine prevede attualmente

- Assemblea degli Iscritti
- Consiglio Direttivo – poteri di direzione e amministrazione
- Collegio dei Revisori dei Conti
- Commissione d'Albo Infermieri
- Segreteria Amministrativa
- RPCT/DPO

Le attività svolte dall'Ordine sono rappresentate nella Carta dei Servizi, pubblicata su Amministrazione Trasparente/Servizi Erogati:

Le attività ricalcano la missione istituzionale dell'Ordine come individuata dall'art. 3 della Legge 3/2018. Ulteriori dettagli sono reperibili nella sezione Amministrazione Trasparente.

L'Ordine, nel tempo, ha proceduto a normare la propria attività attraverso atti di autoregolamentazione disponibili alla sezione Amministrazione Trasparente/Disposizioni Generali/Atti generali:

### **Organizzazione economica**

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.

L'Ordine persegue gli Iscritti morosi con attività di tipo amministrativo e secondo quanto previsto dalla vigente normativa.

Relativamente ai rapporti economici con la FNOPI, si segnala che l'Ordine versa alla Federazione Euro 17,00, per ciascun proprio Iscritto al fine di contribuire al sovvenzionamento della Federazione stessa.

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

Il RPCT, in qualità di Consigliere dell'Ordine è al corrente dello svolgimento dei processi dell'Ente stesso.

Come da indicazioni dell'Autorità, Il RPCT sottopone al Consiglio Direttivo la propria relazione annuale e i risultati della propria attività di monitoraggio.

Tale documentazione va presentata entro il 31 dicembre di ciascun anno e viene utilizzata per la predisposizione del PTPCT dell'anno successivo e per la valutazione di azioni integrative e correttive sul sistema di gestione del rischio.

### **Rapporti RPCT- dipendenti**

Relativamente ai rapporti tra RPCT e Dipendente, si segnala che stante il Codice dei Dipendenti approvato questi sono tenuti a un dovere di collaborazione con il RPCT e a un dovere di segnalare

situazioni atipiche potenzialmente idonee a generare rischi corruttivi o di mala gestione.

Il Consiglio invita la Dipendente ad una stretta collaborazione (controllo di livello 1) e a riportare in maniera tempestiva al RPCT eventuali disfunzioni riscontrate.

Rapporto RPCT- Organo di revisione

Il RPCT collabora con l'Organo di Revisione per il monitoraggio delle spese e processi contabili.

**Attività dell'Ordine, aree di rischio**

La missione istituzionale dell'Ordine prevede i seguenti processi e le seguenti attività:

- tenuta, revisione e relativa pubblicazione dell'Albo;
- stabilire il contributo annuo dovuto dagli Iscritti per sostenere le spese di funzionamento;
- amministrazione dei proventi e redazione del Bilancio Preventivo e Consuntivo annuale;
- dare a richiesta parere sulle controversie professionali;
- vigilare sulla tutela dell'esercizio professionale e alla conservazione del decoro dell'Ordine,
- reprimendo gli abusi e le mancanze di cui gli Iscritti si rendessero colpevoli nell'esercizio della professione;
- capacità di rappresentare la professione di riferimento;
- favorire l'obbligatoria formazione continua.

**Mappatura dei processi**

L'identificazione dei processi è stata effettuata secondo le indicazioni fornite dalla Delibera 777/2021 e dalla Delibera 831/2016 di ANAC ed è riportata nella tabella sottostante.

Processo	Attività	Responsabile
<b>ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE</b>	Reclutamento per concorso pubblico, mobilità (avviso pubblico o domanda diretta), avviso pubblico (tempi determinati), collocamento	Consiglio Direttivo
	Progressioni di carriera: fasce retributive/ concorsi interni/ incarichi di coordinamento/ posizioni organizzative	Consiglio Direttivo (Piano del Fabbisogno di Personale)
	Conferimento di incarichi di collaborazione esterna e di consulenza	Consiglio Direttivo (Regolamento contabilità)
<b>AFFIDAMENTO LAVORI, SERVIZI E FORNITURE</b>	Selezione del contraente (Affidamenti sottosoglia)	Consiglio Direttivo – RUP
<b>PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO E IMMEDIATO</b>	Provvedimenti amministrativi di iscrizione, trasferimento, cancellazione e annotazione sanzioni disciplinari	Consiglio Direttivo
	Concessione patrocini, utilizzo loghi, pubblicità sanitaria	Consiglio Direttivo
	Rilascio certificazioni	Consiglio Direttivo
<b>FORMAZIONE CONTINUA PROFESSIONALE</b>	Formazione a beneficio degli iscritti organizzata secondo il sistema di educazione continua in medicina (ECM) nelle forme e sotto la vigilanza del Ministero della Salute	Consiglio Direttivo
<b>RILASCIO DI PARERI AI SENSI DELL'ART. 3, LETT. E) D.LGS CP 233/1946 COME MODIFICATO DALLA L.3/2018</b>	Su richiesta, interposizione nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o preli la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando	Consiglio Direttivo

	conciliazione	
INDIVIDUAZIONE DI PROFESSIONISTI SU RICHIESTA DI TERZI	Individuazione di un Consigliere dell'Ordine su richiesta di terzi per la partecipazione a commissioni d'esame, commissioni, gruppi di lavoro	Consiglio Direttivo
	Individuazione di infermiere professionista su richiesta di terzi	Consiglio Direttivo

## FASE 2.

### VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione del rischio, intesa come stima del livello di esposizione, è un passaggio essenziale poiché consente di sviluppare un efficace sistema di trattamento, individuando i processi e le attività su cui concentrare l'attenzione e quindi trattare prioritariamente. 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.

#### Metodologia – Valutazione del rischio con approccio qualitativo per il regime ordinistico

L'approccio valutativo 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 del PNA e soprattutto alla luce del regime ordinistico.

#### Indicatori

Per giungere a stimare il livello del rischio, in coerenza con le indicazioni fornite dal PNA, 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 decisori*
- *Opacità nel processo decisionale, per mancanza di strumenti di trasparenza o di regolamentazione*
- *Esistenza e grado di attuazione delle misure di prevenzione*

La metodologia, i fattori abilitanti, la valutazione dei fattori abilitati, la valutazione qualitativa del rischio sono descritti e definiti nell' Allegato 1 Valutazione del Rischio corruttivo che forma parte integrante e sostanziale del presente documento.

Il **valore del rischio di corruzione** viene calcolato come prodotto della probabilità di accadimento per l'impatto.

La **probabilità** di accadimento è valutata su elementi informativi di natura oggettiva e soggettiva, avuto riguardo al contesto interno ed esterno, ai soggetti coinvolti, alla frequenza e alla complessità del processo, alla sussistenza di un vantaggio o interesse.

L'**impatto** è valutato calcolando gli effetti che l'evento di corruzione produrrebbe con riguardo agli ambiti organizzativi, economici, sanzionatori e reputazionali.

#### Giudizio qualitativo sintetico di rischiosità

Per la misurazione e la valutazione del livello di esposizione al rischio, si è scelto di privilegiare un'analisi di tipo qualitativa, accompagnata da adeguate documentazioni e motivazioni. Per la misurazione è stata applicata una scala di misurazione ordinale del 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

- **Medio:** L'accadimento dell'evento è probabile e l'impatto produce effetti minori e mitigabili. Il trattamento di questo rischio deve essere pianificato e finalizzato nel termine di 1 anno
- **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.

Impatto Probabilità	Basso	Medio	Alto
Alto	Medio	Alto	Alto
Medio	Medio	Medio	Alto
Basso	Basso	Medio	Medio

### ***Dati oggettivi di stima***

La valutazione di ciascun rischio deve essere condotta sotto il coordinamento del RPCT e si deve basare su dati ed informazioni oggettivi e riscontrabili.

Gli esiti della valutazione sono riportati nell'Allegato 1 Valutazione del Rischio, in coerenza con le indicazioni ricevute da ANAC, e con la finalità di meglio assolvere alla fase della ponderazione, si segnala che nel caso in cui per un processo siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un livello di rischio differente, si farà riferimento al valore più alto nello stimare l'esposizione complessiva del rischio.

### ***Ponderazione***

L'obiettivo della ponderazione del rischio è di *"agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento o le relative priorità di attuazione"*.

Le **azioni** da intraprendere sono riportate in Allegato 1 Valutazione del Rischio, nella sezione misure specifiche e sono state scelte al fine di ridurre l'esposizione dei processi/attività alla corruzione. La priorità di trattamento è direttamente proporzionale all'esposizione del rischio, partendo dalle attività che presentano un'esposizione più elevata fino a quelle con esposizione più contenuta.

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 un anno dall'adozione del presente programma.
- Nel caso di **rischio alto**, l'Ordine procede ad adottare misure di prevenzione nel termine di 6 mesi dall'adozione del presente programma.

Considerato quanto sopra, all'interno dell'Allegato 1 Valutazione del Rischio è riportata la

programmazione delle misure di prevenzione individuata per ciascun rischio 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 formalizzata come sopra indicato contestualmente alla programmazione delle misure di prevenzione.

## **Trattamento del rischio**

### ***Misure di prevenzione già in essere***

Le misure obbligatorie, stabilite dalla normativa vigente, risultano essere in atto; pertanto, con il presente Programma si intende descrivere al meglio le misure attuate ai fini di una maggiore trasparenza. L'intento è inoltre quello di adeguare la portata dei precetti normativi alla corrente organizzazione interna, nonché le misure di formazione, rotazione, pantouflage, whistleblowing e di autoregolamentazione, in considerazione alle indicazioni espresse dal DL 101/2013.

### ***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 al Dipendente e, in quanto compatibili, ai Consiglieri.

#### ***a. Accesso e permanenza nell'incarico***

Stante l'art. 3, co. 1<sup>5</sup> della L.97/2001<sup>26</sup>, l'Ordine ha verificato e verifica la conformità alla norma, tramite il Consigliere Segretario, con una dichiarazione circa l'assenza di tali situazioni. La dichiarazione deve essere resa entro il 31 dicembre di ogni anno, nel caso subentrino variazioni, e viene raccolta e conservata dal Consigliere Segretario. Resta inteso che nella valutazione del trasferimento deve essere considerato il dimensionamento.

#### ***b. Codice di comportamento specifico dei Dipendenti***

L'Ordine ha adottato il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, oltre al Codice generale di comportamento approvato con delibera n.6 del 21/01/2015.

Gli obblighi ivi definitivi 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, al Codice di comportamento specifico si aggiunge il Codice Deontologico.

Il controllo sul rispetto del Codice è rimesso al controllo del RPCT.

Ogni violazione del Codice dovrà essere segnalata al RPCT, il quale porterà le eventuali segnalazioni

---

<sup>155</sup> Salva l'applicazione della sospensione dal servizio in conformità a quanto previsto dai rispettivi ordinamenti, quando nei confronti di un Dipendente di Amministrazioni o di Enti Pubblici ovvero di Enti a prevalente partecipazione pubblica è disposto il giudizio per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319-ter ((, 319-quater)) e 320 del codice penale e dall'articolo 3 della legge 9 dicembre 1941, n. 1383, l'Amministrazione di appartenenza lo trasferisce ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza. L'Amministrazione di appartenenza, in relazione alla propria organizzazione, può procedere al trasferimento di sede, o alla attribuzione di un incarico differente da quello già svolto dal Dipendente, in presenza di evidenti motivi di opportunità circa la permanenza del Dipendente nell'ufficio in considerazione del discredito che l'Amministrazione stessa può ricevere da tale permanenza

<sup>266</sup> Lg 27 marzo 2001, n. 97 - Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare ed effetti del giudicato penale nei confronti dei Dipendenti delle amministrazioni pubbliche.



all'attenzione del Consiglio Direttivo alla prima riunione utile dello stesso.

***c. Conflitto di interessi (Dipendente, Consigliere, Consulente)***

L'Ordine, al fine di prevenire problematiche legate al conflitto di interesse, ha adottato le seguenti misure:

- a) Accertamento di situazioni di inconferibilità e di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013
  - Verifica di competenza del RPCT/ Consigliere Segretario
- b) Richiesta di autorizzazione per lo svolgimento di incarichi extraistituzionali
  - Verifica di competenza del Consigliere Segretario;
- c) Affidamento di incarichi a consulenti secondo le indicazioni dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001
  - Verifica di competenza del Consiglio Direttivo

L'Ordine prevede, inoltre, che:

- In caso di conferimento al Dipendente della nomina di RUP, il Consiglio acquisisce e conserva la dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interesse; la dichiarazione può essere verbalizzata e tenuta agli atti del Consiglio.
- Nel caso in cui subentrino variazioni, il Dipendente rilascia un aggiornamento di dichiarazione dell'insussistenza di conflitti di interesse; tale dichiarazione viene richiesta, acquisita e conservata dal Consigliere Segretario
- Relativamente alla dichiarazione di assenza di conflitti di interessi e di incompatibilità da parte dei Consiglieri, la dichiarazione viene richiesta e resa al RPCT all'atto di insediamento e con cadenza biennale, nonché pubblicata nella Sezione Amministrazione Trasparente. Il RPCT provvederà al controllo delle dichiarazioni, in maniera randomizzata, mediante ricorso al Casellario Giudiziario.
- In caso di conferimento di incarichi di Consulenza e Collaborazione, il Consiglio Direttivo, attraverso il RUP e prima del perfezionamento dell'accordo, chiede al Consulente/Collaboratore la dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interesse e chiede al Consulente/Collaboratore di impegnarsi a comunicare tempestivamente situazioni di conflitto insorte successivamente al conferimento; il Consulente/Collaboratore è tenuto a fornire tale dichiarazione prima del conferimento dell'incarico. La dichiarazione deve essere aggiornata con cadenza biennale in caso di accordi di durata.
- Con cadenza biennale il RPCT rinnova al Consiglio la propria dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, incompatibilità e di inconferibilità.

***d. Misure di Formazione obbligatoria di Dipendenti/Consiglieri/Collaboratori***

Il Consiglio incoraggia e sostiene economicamente la partecipazione a eventi formativi, dando incarico al RPCT di selezionare, per esso stesso, eventi da frequentare nel corso del triennio 2024-2026 e nel contempo suggerisce corsi di formazione in materia di anticorruzione per i membri del Consiglio con alto profilo (Presidente, Segretario e Tesoriere) e ai dipendenti.

***e. Misure Rotazione Ordinaria***

Come previsto nel PNA, nei casi di amministrazioni di ridotte dimensioni e numero limitato di personale, la rotazione del personale causerebbe inefficienza e inefficacia dell'azione amministrativa tale da precludere in alcuni casi la possibilità di erogare in maniera ottimale i servizi alle persone.

Pertanto, considerando le ridotte dimensioni dell'Ordine la *rotazione ordinaria del personale* non risulta praticabile.

#### **f. Pantouflage**

L'Ente non ritiene di dotarsi di una misura di prevenzione del pantouflage, in quanto dall'analisi della governance che connota l'Ente nessun potere autoritativo o negoziale è attribuito ai dipendenti, essendo essi stessi in capo al Consiglio Direttivo.

#### **g. Whistleblowing**

Con l'espressione whistleblower si fa riferimento al dipendente dell'Ordine che segnala violazioni o irregolarità riscontrate durante la propria attività agli organi deputati ad intervenire.

Nell'anno 2023, l'Ordine si è confermato alla normativa di riferimento sul whistleblowing ed è stata attivata la procedura di segnalazione degli illeciti attraverso l'introduzione di un regolamento ad hoc.

#### **h. Segnalazioni pervenute da terzi – misura ulteriore e specifica di trasparenza**

Relativamente alle segnalazioni di violazioni o irregolarità pervenute da soggetti terzi diversi dai dipendenti, l'Ordine procede a trattare la segnalazione, comunque pervenuta e purché circostanziata, e richiede al RPCT una verifica circa la sussistenza di misure nell'area oggetto di segnalazione. A fine di facilitare il dialogo con gli stakeholders e con l'obiettivo di incrementare il livello di trasparenza. Dall'anno 2023, le segnalazioni potranno essere inviate all'un indirizzo di posta elettronica dedicato.

#### **i. Autoregolamentazione**

L'Ordine, al fine di meglio regolare e indirizzare la propria attività si è dotato di regolamenti 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 dal Consiglio Nazionale. Ad oggi risultano adottati i seguenti atti interni:

<b>Regolamento/Procedura</b>	<b>Delibera di adozione</b>	<b>Ambito regolamentazione</b>
<i>Regolamento sull'accesso agli atti</i>	<i>n.59 del 10/03/2021</i>	<i>Amministrazione dell'ente Trasparenza e Anticorruzione</i>
<i>Regolamento attività Organi</i>	<i>Presente</i>	<i>Amministrazione dell'ente Attività politica dell'ente</i>
<i>Regolamento procedura disciplinare</i>	<i>Presente per il tramite della FNOPI</i>	<i>Amministrazione dell'ente Attività etico-deontologica dell'ente</i>
<i>Regolamento procedure elettorali</i>	<i>Presente per il tramite della FNOPI</i>	<i>Amministrazione dell'ente Attività politica dell'ente</i>
<i>Regolamento gestione e tenuta albo</i>	<i>Presente per il tramite della FNOPI</i>	<i>Amministrazione dell'ente Attività di segreteria</i>
<i>Regolamento cancellazione iscritti morosi</i>	<i>Normativa vigente</i>	<i>Amministrazione dell'ente Attività di segreteria</i>
<i>Regolamento contabilità</i>	<i>Presente</i>	<i>Amministrazione dell'ente Contabilità dell'ente affidamenti</i>
<i>Regolamento rimborsi spese</i>	<i>n. 119 (revisione) del 17/12/2024</i>	<i>Amministrazione dell'ente Contabilità dell'ente e regolamentazione spese</i>
<i>PIAO 2023-2025</i>	<i>68 del 02/03/2023</i>	<i>Amministrazione dell'ente Trasparenza e Anticorruzione</i>
<i>PIAO 2025-2027</i>	<i>n. 5 del 22/01/2025</i>	<i>Amministrazione dell'ente trasparenza e Anticorruzione</i>
<i>Procedura WHISTLEBLOWING</i>	<i>121 del 20/09/2023</i>	<i>Amministrazione dell'ente Trasparenza e Anticorruzione</i>

Codice di comportamento dei dipendenti	6 del 21/01/2015	Amministrazione dell'ente Attività etico-deontologica dell'ente
Linee guida e Regolamento per la gestione dell'esame di lingua italiana	Presenti	Amministrazione dell'ente Trasparenza e Anticorruzione
Linee Guida FNOPI riunioni cariche videocall	5 del 20/01/2021	Attività di regolamentazione interna

### 1. Flussi Informativi- Reportistica

In aggiunta a quanto già indicato sui flussi di informazioni, rispetto ai flussi di informazioni tra il Consiglio dell'Ordine e il RPCT si segnala quanto segue:

- La relazione annuale del RPCT (ex art. 1, co. 14, L. n. 190/2012) insieme all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza ex art. 14, co. 4, lett. g), D.Lgs. 150/2009 prodotta parimenti dal RPCT in assenza di OIV, e la scheda di monitoraggio saranno portate all'attenzione del Consiglio Direttivo e vanno considerate come reportistica idonea a formare il convincimento del Consiglio sulla compliance dell'Ordine alla normativa di riferimento.
- Il RPCT potrà procedere a rappresentare circostanze, accadimenti, necessità, suggerimenti direttamente durante le adunanze del Consiglio Direttivo. A tale scopo, verrà aggiunta nell'Ordine del Giorno delle sedute di Consiglio la voce "Aggiornamento Anticorruzione e Trasparenza".

## FASE 2.

### MONITORAGGIO E CONTROLLI

Il P.I.A.O. è un documento di programmazione: a esso deve seguire un adeguato monitoraggio e controllo della corretta e continua attuazione delle misure attuate.

Il monitoraggio consiste nella verifica dell'osservanza delle misure di prevenzione e gestione del rischio da parte dell'Ordine ed è a carico del RPCT, il quale svolge:

1. Controlli rispetto alle misure di prevenzione programmate (Attuazione ed efficacia)
2. Controlli finalizzati alla predisposizione della Relazione annuale del RPCT
3. Controlli svolti in sede di attestazione degli obblighi di trasparenza.

Relativamente ai controlli di cui al punto 1 e 2, il RPCT svolge il monitoraggio utilizzando il programma di monitoraggio previsto nello stesso Registro Gestione del rischio e nel paragrafo Obblighi di trasparenza, fornendone reportistica così come indicata nella descrizione dei flussi informativi.

Relativamente ai controlli utili per la predisposizione della Relazione annuale, si segnala che successivamente alla condivisione del P.I.A.O. con ANAC mediante la Piattaforma, il RPCT fruirà 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 potrà beneficiare della produzione in automatico della Relazione annuale del RPCT.

Tale Relazione una volta finalizzata deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione altri contenuti; parimenti deve essere sottoposta dal RPCT al Consiglio Direttivo per condivisione.

Si segnala che la Relazione annuale è atto proprio del RPCT e non richiede l'approvazione

dell'Organo di indirizzo politico-amministrativo.

Relativamente ai controlli di trasparenza si segnala che, 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).

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

Con riguardo infine al riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio, si segnala che Il RPCT produrrà una propria relazione annuale al Consiglio in cui, tra le altre cose, offrirà 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.

## Parte III

### TRASPARENZA

La Trasparenza è **intesa come accessibilità totale dei dati e documenti** detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di **tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa** e favorire **forme di controllo** sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche (Art. 1.co.1 D.lgs. 33/2013).

Gli obblighi di pubblicazione si assolvono mediante la predisposizione della sezione <<Amministrazione Trasparente>> sul sito istituzionale dell'ente, secondo la struttura fornita da ANAC con la delibera 1310/2016.

La Sezione Trasparenza è impostata come **atto organizzativo** fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire l'individuazione/l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati e dei documenti dell'amministrazione.

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 condivisione delle attività, organizzazione, iniziative durante l'Assemblea degli Iscritti.

### ***Critério della compatibilità – Sezione Amministrazione Trasparente***

La struttura e il popolamento della Sezione Amministrazione Trasparente si conformerà alla struttura definita dall'allegato 2 della Delibera ANAC 777/2021.

L'Ordine conduce la propria valutazione sulla compatibilità e applicabilità degli obblighi di trasparenza basandosi sui seguenti elementi:

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

### ***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

### ***Soggetti Responsabili***

I soggetti responsabili della pubblicazione dei dati sono categorizzabili in:

- Soggetti responsabili del reperimento/formazione del dato, documento o informazione
- Soggetti responsabile della trasmissione del dato reperito/formato
- Soggetto responsabile della pubblicazione del dato

### ***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:

### ***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.

### ***Disciplina degli accessi – Presidi***

La trasparenza amministrativa consiste, nella sua accezione più ampia, nell'assicurare la massima circolazione possibile delle informazioni sia all'interno del sistema amministrativo dell'Ordine, sia fra questo ultimo e gli Iscritti e i Cittadini.

L'Ordine ha adottato un regolamento interno con delibera n 59 del 10/03/2021, al fine di stabilire regole e modalità per la corretta gestione delle richieste.

Il regolamento è presente sul sito istituzione sezione Amministrazione Trasparente.

All'interno della Sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/ Accessi, l'Ordine fornisce indicazioni per l'esercizio del diritto di ciascun accesso, fornendo anche la modulistica necessaria al fine dello svolgimento della richiesta. È in programma la realizzazione di un format anche se al momento l'ordine non ha ricevuto alcuna richiesta di accesso.

### ***Monitoraggio e controllo dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione***

Il RPCT monitora l'attuazione degli obblighi di pubblicazione e l'aggiornamento dei dati nonché l'esistenza dei presidi di trasparenza, secondo le indicazioni fornite nell'Allegato obblighi di trasparenza. L'esito del monitoraggio viene riportato nella Relazione annuale del RPCT.

Il RPCT, inoltre, in assenza di OIV produce l'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza ex art. 14, co. 4, let. G, D. Lgs. 150/2009, conformandosi a tal fine segue alle indicazioni di anno in anno fornite dal Regolatore per la relativa predisposizione. Tale attestazione, per le modalità di esecuzione (specificatamente in riferimento alla compilazione di griglia) rappresenta un utile strumento di controllo degli adempimenti in oggetto.

Il controllo sull'adozione delle misure sopra programmate viene attuato dal RPCT entro il 31 dicembre di ciascun anno.

Il monitoraggio relativamente agli obblighi di trasparenza viene svolto direttamente sul sito istituzionale dell'Ente e consiste nella verifica, da parte del RPCT, della presenza o meno degli atti/dati/informazioni sottoposti a pubblicazione. La tempistica del monitoraggio e gli indicatori sono stabiliti ed indicati nell'allegato sopra citato, che costituisce parte integrante e sostanziale.

Relativamente al Regolamento degli accessi, il RPCT verifica l'aggiornamento dei dati al suo interno andando anche a verificare l'appropriatezza nella gestione del processo.

### ***Obblighi di pubblicazione***

Fermo restando quanto espresso all'Allegato "Obblighi di trasparenza e Responsabili" 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. Nella tabella vengono riportati tutti gli obblighi di pubblicazione applicabili, qualora il dato non sia applicabile verrà indicato con la voce "non applicabile (n.a.)".



### Sezione III

## STRUTTURA ORGANIZZATIVA

All'atto della predisposizione del presente P.I.A.O., l'Ordine di AREZZO è così costituita:

### ORGANIGRAMMA ED ARTICOLAZIONE UFFICI OPI AREZZO

QUADRIENNIO 2025 – 2028

#### CONSIGLIO DIRETTIVO

<b>Presidente</b>	Grasso	Giovanni
<b>Vice Presidente</b>	Capanni	Patrizia
<b>Segretario</b>	Danzi	Cristiano
<b>Tesoriere</b>	Donati	Giacomo
Consigliere	Badini	Maria
Consigliere	Ceruti	Beatrice
Consigliere	Ciardi	Laura
Consigliere	Dragoni	Veronica
Consigliere	Eliasova	Martina
Consigliere	Galdani	Marco
Consigliere	Lacroce	Ilaria
Consigliere	Meucci	Laura
Consigliere	Pancioni	Luca
Consigliere	Romei	Elena Sofia
Consigliere	Tomao	Roberto

#### COMMISSIONE ALBO INFERMIERI

<b>Presidente</b>	Rossi	Barbara
<b>Vice Presidente</b>	Tofani	Alessandra
<b>Segretario</b>	Castiglia	Giuseppe
Componente	Manerchia Maserà	Anna Maria
Componente	Panicucci	Luciana
Componente	Mazzoli	Sara
Componente	Sandroni	Catia

#### ASSEMBLEA ISCRITTI

#### COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Effettivo	Caprini	Paolo
Effettivo	Valeriani	Damiano
Supplente	Bonarini	Andrea

#### PERSONALE AMMINISTRATIVO

ELEONORA CHIARINI

### ***Commissioni e Gruppi di Lavoro***

L'operatività del Consiglio Direttivo è supportata da gruppi di lavoro. I membri dei gruppi di lavoro vengono individuati dal Consiglio sulla base della competenza specifica, disponibilità, verifica del conflitto di interessi e con approvazione collegiale.

Alla luce delle varie esigenze che emergono relative alle professioni vengono istituite, con delibera del CD, commissioni *ad hoc* competenti in materia.

Nessun processo decisionale è attribuito al Dipendente.

### ***Sezione IV***

#### **MONITORAGGIO**

Tale sezione non è applicabile alle amministrazioni fino a 50 dipendenti.