



Allegato alla delib. n. 51 del 31.01.2018



Azienda Socio Sanitaria Territoriale "Gaetano Pini-CTO"
Milano

Piano triennale
di prevenzione della corruzione e della trasparenza
2018-2020



PREMESSE

1. CONSIDERAZIONI SUI PTPC 2016-2018 e 2017-2019

2. II PROCESSO DI ELABORAZIONE DEL PTPCT 2018-2020

3. LA FORMAZIONE

4. GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE: ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO

- 4.1 Il contesto esterno ed interno
- 4.2 Mappatura delle aree e gestione del rischio: anni 2014-2015-2016-2017.
- 4.3 Analisi e Monitoraggio anno 2017
- 4.4 Programmazione operativa 2018

5. GLI STRUMENTI DI PREVENZIONE

- 5.1 Il Codice di comportamento
- 5.2 Monitoraggio dei tempi procedurali
- 5.3 La rotazione del personale

6. IL COORDINAMENTO TRA PTPCT, PIANO DELLA PERFORMANCE E GLI ALTRI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

7. TRASPARENZA

- 7.1 Accesso civico e Accesso civico generalizzato

ALLEGATI:

- ALL. 1 - Mappatura dei rischi di corruzione
- ALL. 2 – Tabella Obblighi di pubblicazione



PREMESSE

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2018-2020, comprendente la sezione specifica dedicata alla Trasparenza, intende dare continuità al percorso metodologico intrapreso con l'adozione dei Piani anticorruzione 2016-2017 e 2017-2019 attraverso:

- il progressivo miglioramento del modello di gestione del rischio di corruzione basato sull'adozione di misure di prevenzione contestualizzate, concrete e verificabili;
- un approccio più rigoroso e strutturato al sistema di prevenzione della corruzione, intesa nella sua accezione più ampia di "*maladministration*," onde favorire sempre più la diffusione di una cultura della legalità basata sul rispetto delle regole e sullo spirito collaborativo tra gli operatori del sistema sanitario.

Il presente Piano ha tenuto conto delle indicazioni fornite dall'ANAC con il PNA 2013, con l'aggiornamento 2015 al PNA 2013 di cui alla Determinazione n.12 del 28.10.2015, con il PNA 2016 di cui alla Delibera n.831 del 03.08.2016 – inteso dalla stessa Autorità Nazionale Anticorruzione quale **atto generale di indirizzo** rivolto ad offrire un supporto progressivo a tutte le pubbliche amministrazioni nell'adozione del PTPC.

Anche il PNA 2017 di cui alla Delibera ANAC n.1208 del 22.11.2017, coinvolgente un maggior numero di Amministrazioni Pubbliche (Autorità Portuali, Istituzioni Universitarie, ecc.) è considerato dal legislatore atto non meramente formale e adempitivo della normativa ma strumento di indirizzo e di sostegno, volto a orientare l'identificazione di idonee misure di prevenzione della corruzione, a rafforzare l'attuazione sostanziale delle stesse, in modo che il Piano sia sempre più rispondente e alle peculiarità ed esigenze del contesto organizzativo e strutturale dell'Azienda.

La specificità del Settore Sanitario risente di alcuni fattori sociali, ambientali, produttivi, i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività in ragione della peculiarità del



bene salute da tutelare. Alcuni di questi fattori possono interferire nel rapporto tra la domanda sanitaria (come ad esempio l'asimmetria informativa fra utenti e SSR, l'elevata parcellizzazione della domanda sanitaria, la fragilità della domanda di servizi di cura) e l'offerta (come, ad esempio, l'asimmetria informativa tra sistema sanitario e fornitori privati) e costituire potenziali elementi di condizionamento.

Nell'elaborazione del presente documento di aggiornamento, costante attenzione è rivolta al processo degli acquisti in ambito sanitario alla luce delle specifiche indicazioni introdotte nel PNA 2016 a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. 50/2016 (nuovo Codice dei contratti pubblici), delle successive Linee Guida, del Decreto correttivo al Codice dei contratti pubblici di cui al Dlgs. 19 aprile 2017, n. 56, entrato in vigore il 20.05.2017.

Negli ultimi anni il processo di soddisfacimento della domanda pubblica, soprattutto in ambito sanitario, ha vissuto una profonda trasformazione per effetto della nascita di Centrali di committenza a livello nazionale e con l'avvio dei lavori dei soggetti aggregatori di cui all'art. 9 del D.L. 66/2014, nonché per effetto delle previsioni di cui all'art. 37 del D.Lgs. 50/2016 in ordine alle varie forme di aggregazione e centralizzazione delle committenze (Centrali di committenza) e, da ultimo, dalle Regole di sistema regionali emanate annualmente da Regione Lombardia.

Il ruolo delle singole stazioni appaltanti è mutato per il venir meno delle fasi di progettazione, selezione del contraente e aggiudicazione spostando l'attenzione sulle fasi di programmazione e di esecuzione dei contratti.

La recente implementazione delle forme di aggregazione delle committenze e di adesione agli strumenti della Centrale regionale di committenza, ha spostato l'attenzione dell'Azienda all'individuazione di sistemi di controllo sugli affidamenti di importo inferiore a 40.000 euro, mediante affidamento diretto, anche senza previa consultazione di due o più operatori economici, sui lavori in amministrazione diretta, le proroghe contrattuali, le richieste plurime di affidamenti diretti.

Con la determinazione n. 1310/2016 ANAC ha fornito alle Pubbliche Amministrazioni indicazioni operative in merito alle principali e più significative modifiche intervenute in



materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e pubblicità per effetto del D.Lgs. 97/2016 *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*.

Il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, di modifica del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ha introdotto l'istituto dell'accesso civico *“generalizzato”*, che attribuisce a *“chiunque”* il *“diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione (...), nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis”* (art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013).

Il novellato art. 5 del Decreto 33, prevede, infatti, *«la libertà di informazione attraverso il diritto di accesso, anche per via telematica, di chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni»*.

Alla stregua delle indicazioni di cui alla predetta Determina ANAC n. 1310/2016 ed alle raccomandazioni operative contenute nella Circolare Madia n. 2/2017: *“Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)”*, l'Azienda ha regolamentato nel corso del 2017 tale strumento innovativo, che si aggiunge all'accesso civico già previsto nel Decreto 33/2013, con cui viene assicurato il diritto di accesso da parte di qualunque cittadino o associazione a tutti gli atti, i documenti e le attività delle PA, senza motivazioni e senza che occorra la dimostrazione di un interesse attuale e concreto.

Il regolamento aziendale indica gli elementi per la presentazione delle richieste di accesso civico e generalizzato, prevedendo, in caso di diniego, la possibilità di un riesame della decisione da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC).



1. CONSIDERAZIONI SUI PTPCT ANNI PRECEDENTI 2016-2018 e 2017-2019

In attuazione della L.R. 11 agosto 2015 , n. 23 *“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”*, a far data dall’01.01.2016, si è costituita l’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO, per effetto della fusione per incorporazione, dell’Ospedale CTO – Centro Traumatologico Ortopedico di Via Bignami (scisso dall’ex A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento, oggi ASST Nord Milano) alla preesistente A.O. Istituto Ortopedico Gaetano Pini (costituito dai presidi ospedalieri di P.zza Cardinal Ferrari 1 e di Via Isocrate 19 - Milano).

La trasformazione della compagine aziendale ha determinato, sin dal 2016, la necessità di revisione del modello di gestione del rischio corruttivo che ha dovuto tener conto, in relazione al nuovo assetto organizzativo e strutturale, dell’insorgenza di nuovi potenziali fattori di rischio conseguenti l’afferimento del presidio CTO di via Bignami nel nuovo contesto ospedaliero.

Il Piano 2016-2018, sia pur approvato nel primo mese di vita della nuova Azienda, è stato il frutto di un’accurata ricostruzione della mappa dei processi organizzativi ad opera del Responsabile della Prevenzione e dei Referenti delle aree aziendali a maggior rischio corruttivo, nell’intento di apportare una *“correzione di rotta”* ai precedenti piani anticorruzione, intervenendo sul sistema di ponderazione del rischio basato non solo sulla metodologia suggerita dall’allegato 5 del PNA 2013 (che ha portato nel corso del 2016 e 2017 ad una sottovalutazione del livello di rischio per la gran parte dei processi mappati nei piani anticorruzione), ma anche su un sistema di verifica tipico dell’internal auditing.

Sulla base delle indicazioni contenute nella sezione II *“SANITA”* della Determinazione ANAC n.12 del 28.10.2015, per i PTPC anni 2016 e 2017 - è stata elaborata una **scheda di programmazione**, allegata annualmente a ciascun Piano, in cui sono state individuate



le aree di rischio che configurano le principali attività istituzionali, le misure preventive in atto, le misure di prevenzione/contrasto oggetto di nuova adozione nel corso dell'anno, le misure da implementare/migliorare nel corso degli anni successivi.

Sono stati individuati altresì, per ogni misura di prevenzione, i responsabili, gli indicatori, gli obiettivi attesi e le modalità di verifica dell'attuazione.

Con riferimento al sistema di monitoraggio dei rischi per gli anni 2016 e 2017, il RPC, privilegiando un sistema di rilevazione quali-quantitativa, ha perseguito l'obiettivo di conferire efficacia al processo di monitoraggio dei rischi corruttivi effettuando una serie di audit con i Dirigenti Responsabili dei processi mappati, ciascuno per l'area di competenza, al fine di acquisire conoscenze dirette sul contesto ambientale ed operativo in cui si svolgono le attività di settore.

Partendo da una vera e propria autoanalisi organizzativa, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, nella sua veste di referente aziendale della Funzione di internal Audit ha concentrato le verifiche sulle aree a potenziale rischio di corruzione pianificate annualmente nel Piano di Audit, in collaborazione con i Responsabili delle specifiche aree interessate e tenuto conto delle procedure e dei regolamenti già in essere.

Attraverso audit specifici, soprattutto nell'area dei Contratti pubblici, è stato possibile per il RPC monitorare, in primis, lo stato di percezione dei fenomeni corruttivi, la capacità del personale amministrativo e sanitario di "intercettare" comportamenti cd. di *maladministration*, di malcostume che compromettono il buon funzionamento della macchina amministrativa.

Per effetto del processo di integrazione tra il sistema di prevenzione della corruzione e sistema dei controlli interni rappresentato dall'Internal Auditing, sono stati sottoposti a *verifiche di compliance* cioè di coerenza al dettato normativo e regolamentare, da parte del RPCT – referente altresì dell'I.A., i seguenti processi trasversali:



1) Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie; 2) Incarichi e Nomine; 3) Liste di attesa; 4) Affidamento lavori, acquisizione di beni e servizi sottosoglia comunitaria.

Come si evince dalla scheda di programmazione dei PTPC 2016-2018 e 2017-2019, (biennio precedente), nella sezione “MISURE DA IMPLEMENTARE”, per gli OBIETTIVI ATTESI, erano stati individuati indicatori “dinamici” (il valore degli stessi era stato fissato in misura percentuale crescente di anno in anno rispetto al campione da verificare), tarati in previsione di un’azione di monitoraggio articolata e capillare risultata, in concreto, oggettivamente complessa, di difficile attuazione ed eccessivamente onerosa rispetto all’assorbimento di risorse implicato.

Nel corso del 2016 la ASST G.Pini-CTO aveva predisposto in conformità alle linee guida regionali dettate in materia (D.G.R. N° X/5113 del 29/04/2016, DGR n. X/5513 del 02.08.2016), il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2016-2018 (POAS), approvato con deliberazione aziendale n. 479 del 27.10.2016.

Con DGR n° X/6886 del 17/07/2017, Regione Lombardia ha approvato il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2016-2018 in cui viene confermata la centralità e la rilevanza strategica del sistema di prevenzione della corruzione ponendo la funzione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) in staff alla Direzione Generale, in ragione della trasversalità e necessità di assicurare al predetto Responsabile, posizione di terzietà e indipendenza rispetto all’intera organizzazione aziendale.

Nel corso degli anni 2016 e 2017 è apparso lento e faticoso il processo di sensibilizzazione finalizzato a far acquisire agli operatori sanitari un’adeguata consapevolezza della minaccia di corruzione e dei relativi impatti che quest’ultima potrebbe avere sull’azione amministrativa e, di conseguenza, sull’erogazione di servizi e/o prestazioni assistenziali/sanitari offerti agli utenti.

Nell’anno 2017 è stato rafforzato il ruolo primario e strategico di tutto il personale dirigenziale – area amministrativa e sanitaria, nell’ambito delle attività di prevenzione della corruzione.



Taluni adempimenti finalizzati alla prevenzione dei fenomeni di corruzione e del conflitto di interessi sono entrati a far parte degli obiettivi dirigenziali di trasparenza e legalità.

Al riguardo, nell'aprile 2017 l'Azienda ha promosso l'iniziativa messa in campo da AGENAS che prevede la compilazione on line della *Dichiarazione Pubblica di Interessi* estesa a tutti i Direttori di Struttura Complessa, i Dirigenti di Struttura Semplice, i Responsabili esercitanti poteri decisionali nelle aree a maggior rischio di corruzione.

In considerazione della complessità dei processi relativi alle aree maggiormente esposte a rischio di corruzione, nonché delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello intervengono nei processi decisionali, la Dichiarazione pubblica di interessi rappresenta una misura di contrasto che, in coerenza con gli obblighi previsti dai Codici di comportamento nazionale ed aziendale (ex D.P.R. 62/2013), rende conoscibili le relazioni e/o interessi coinvolgenti i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività e nell'assunzione di decisioni prevalentemente in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione. La Dichiarazione pubblica di interessi da parte di professionisti titolari di incarichi, quale strumento rafforzativo della trasparenza, è stata limitata, come vincolo temporale, alla conoscibilità del sistema di interrelazioni interprofessionali e interistituzionali intrattenuti dai medesimi compilatori nel corso dell'anno 2017.

2. II PROCESSO DI ELABORAZIONE DEL PTPC 2018 - 2020.

Sotto il profilo organizzativo e strutturale, l'anno 2018 si prospetta come anno di concreta attuazione dei cambiamenti impattanti sull'assetto aziendale stante l'approvazione regionale del POAS 2016 -2018 intervenuta nel luglio 2017, giusta DGR n° X/6886 del 17/07/2017.

Nel 2018, il vigente Piano di Organizzazione Strategico Sanitario (POAS) non andrà a mutare gli organi amministrativi di vertice né tantomeno la composizione degli organi di indirizzo, consultivi e di controllo che coadiuvano il Management aziendale; ma comporterà variazioni al modello organizzativo secondo lo schema di seguito riportato:

ORGANIGRAMMI

DIREZIONE STRATEGICA

DIRETTORE GENERALE

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Dipartimento Tecnico Amministrativo

DIREZIONE SANITARIA

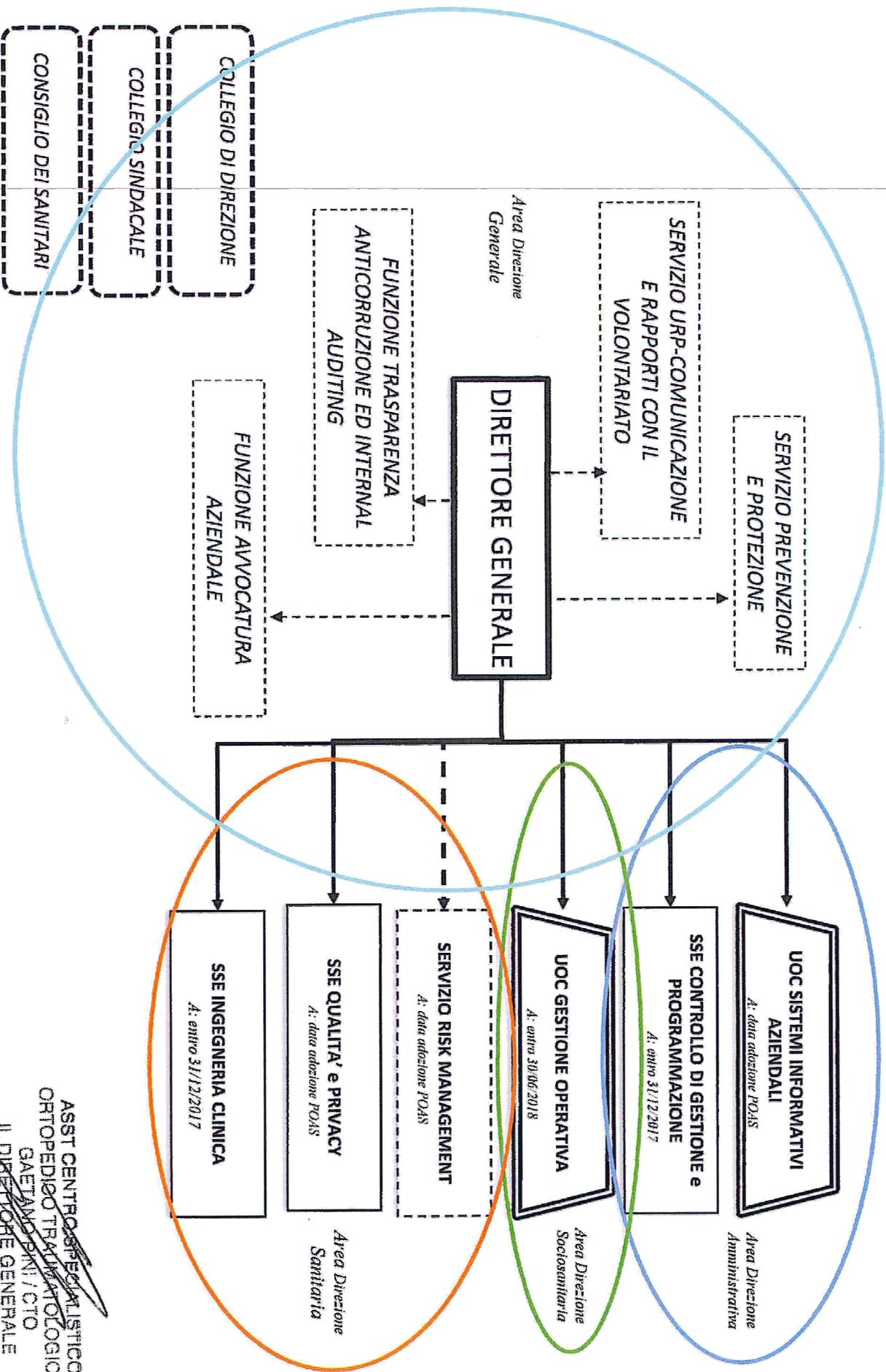
DIREZIONE
SOCIOSANITARIA

Dipartimento di
Ortopedia/Traumatologia e Chirurgie
Specialistiche

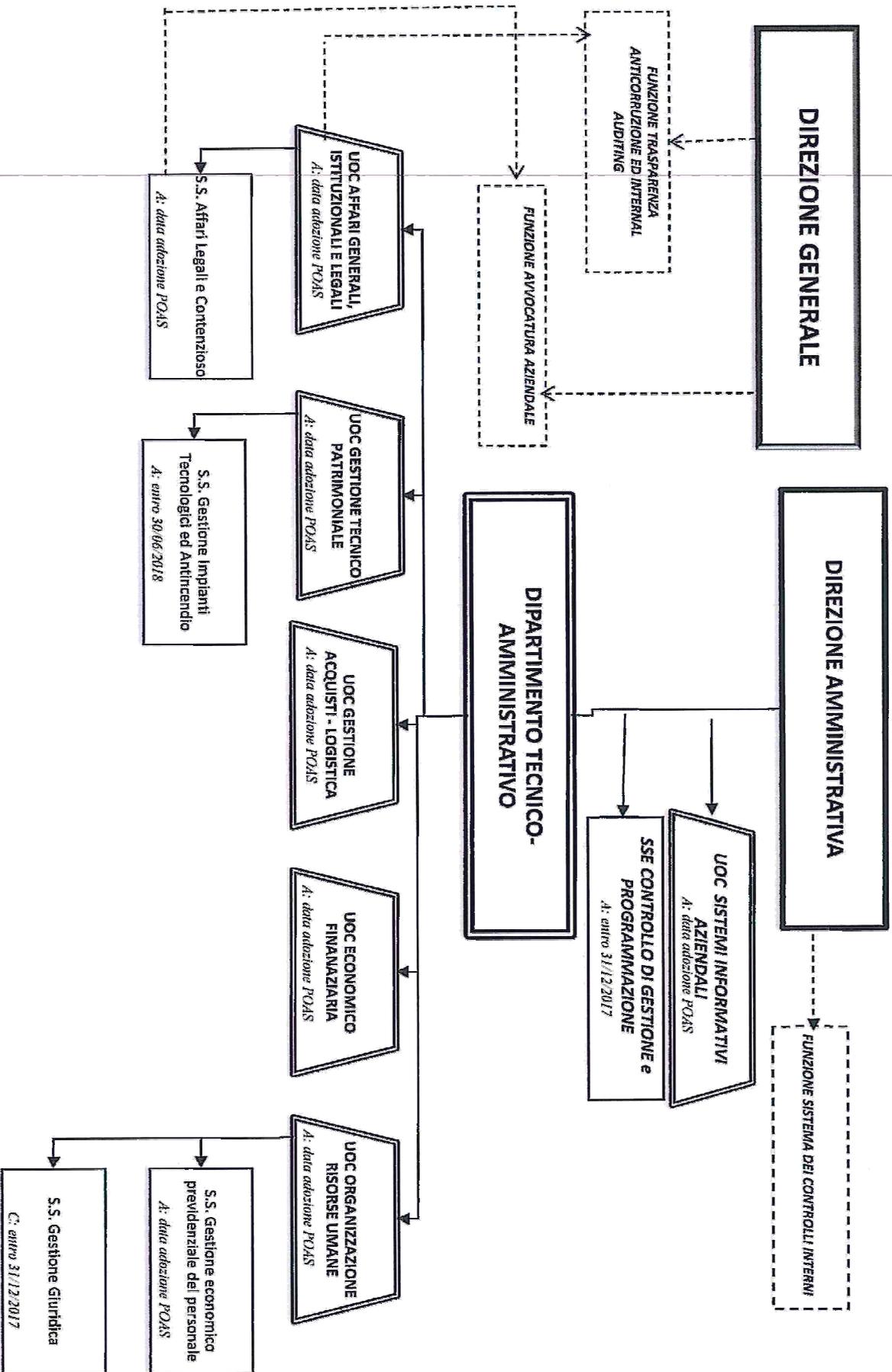
Dipartimento di Reumatologia e Scienze
Mediche

Dipartimento dei Servizi Sanitari di
Supporto

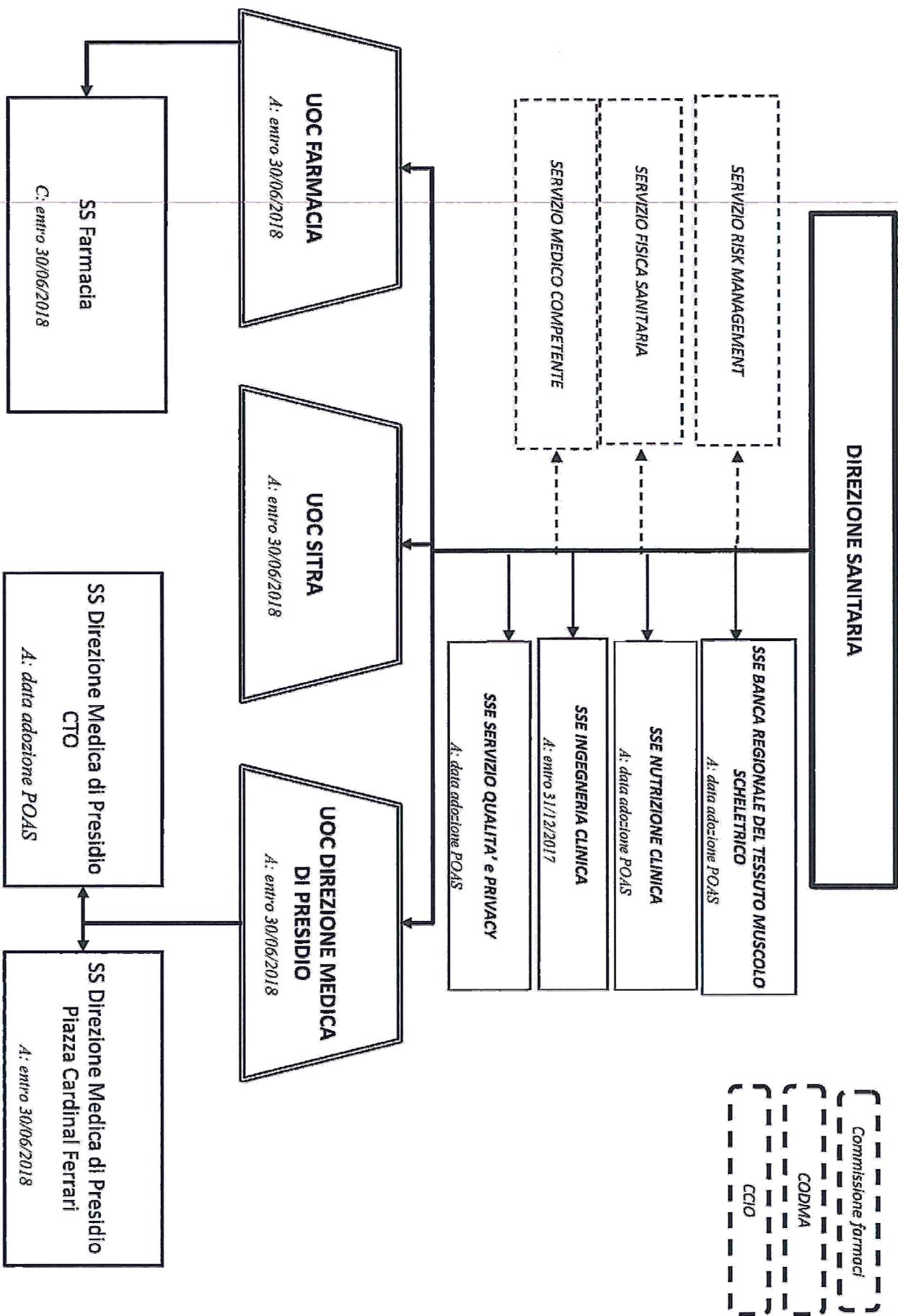
Dipartimento di Riabilitazione



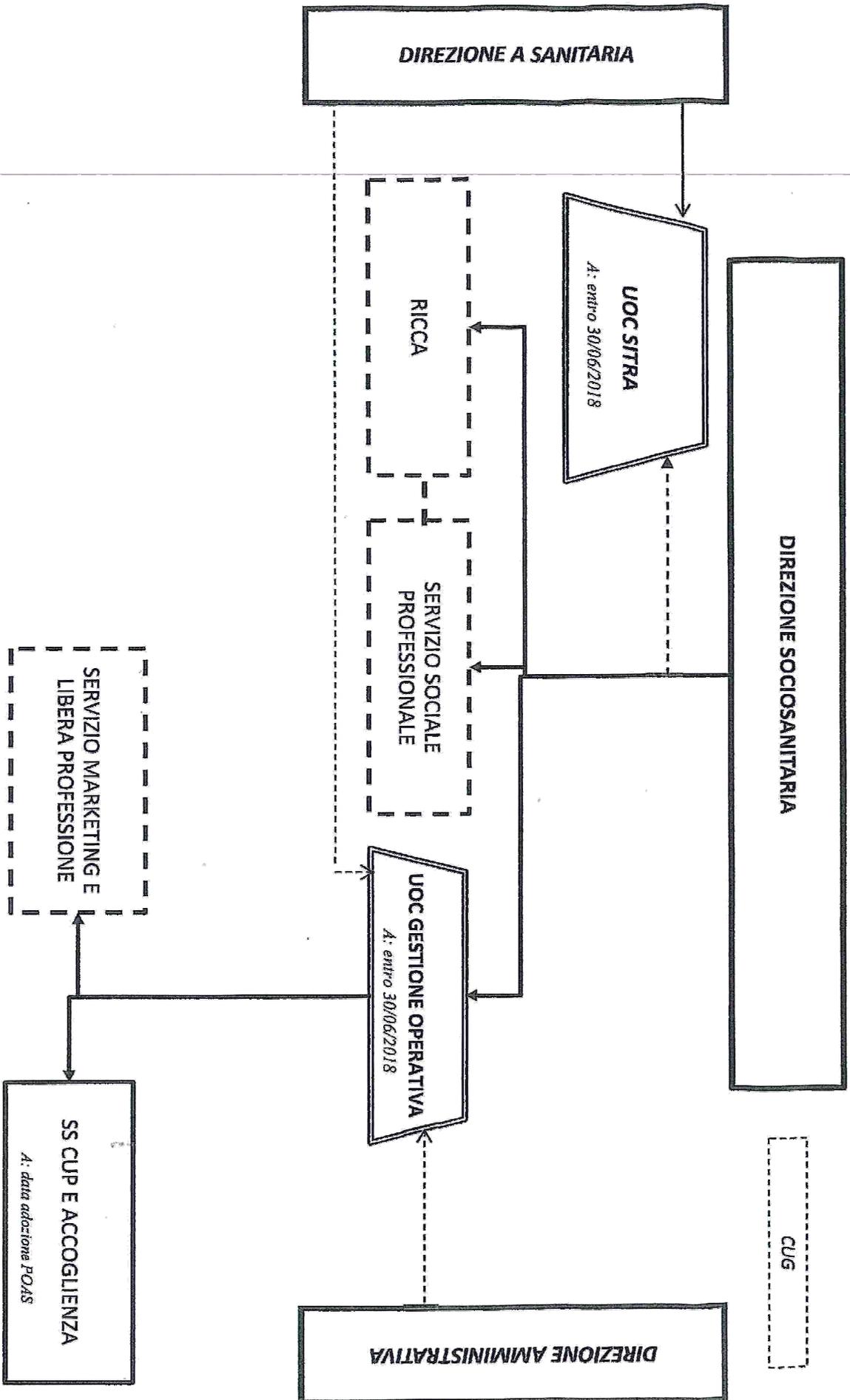
ASST CENTRO SPECIALISTICO
 ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
 GAETANO PINI / CTO
 IL DIRETTORE GENERALE
 DR. FRANCESCO LAURELLI



ASST CENTRO SPECIALISTICO
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
GAETANO PINI L'ORTO
IL DIRETTORE GENERALE
DR. FRANCESCO LAURELLI



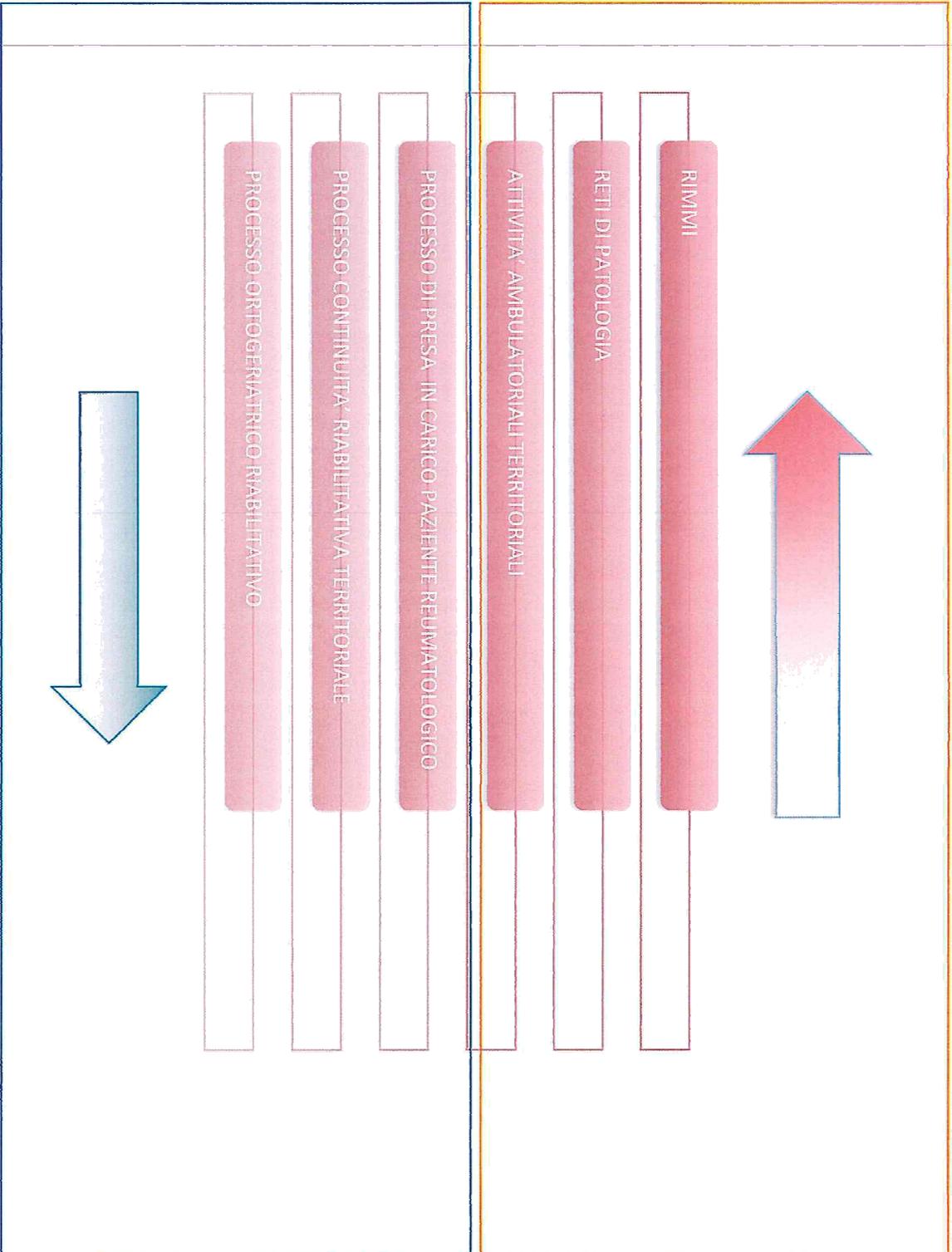
ASST CENTRO SPECIALISTICO
 ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
 GAETANO PINI - CTO
 IL DIRETTORE GENERALE
 DR. FRANCESCO LAURELLI



ASST CENTRO SPECIALISTICO
 ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
 GAETANO PINI / CTO
 IL DIRETTORE GENERALE
 D. FRANCESCHI ALIBELLI

DIREZIONE SANITARIA

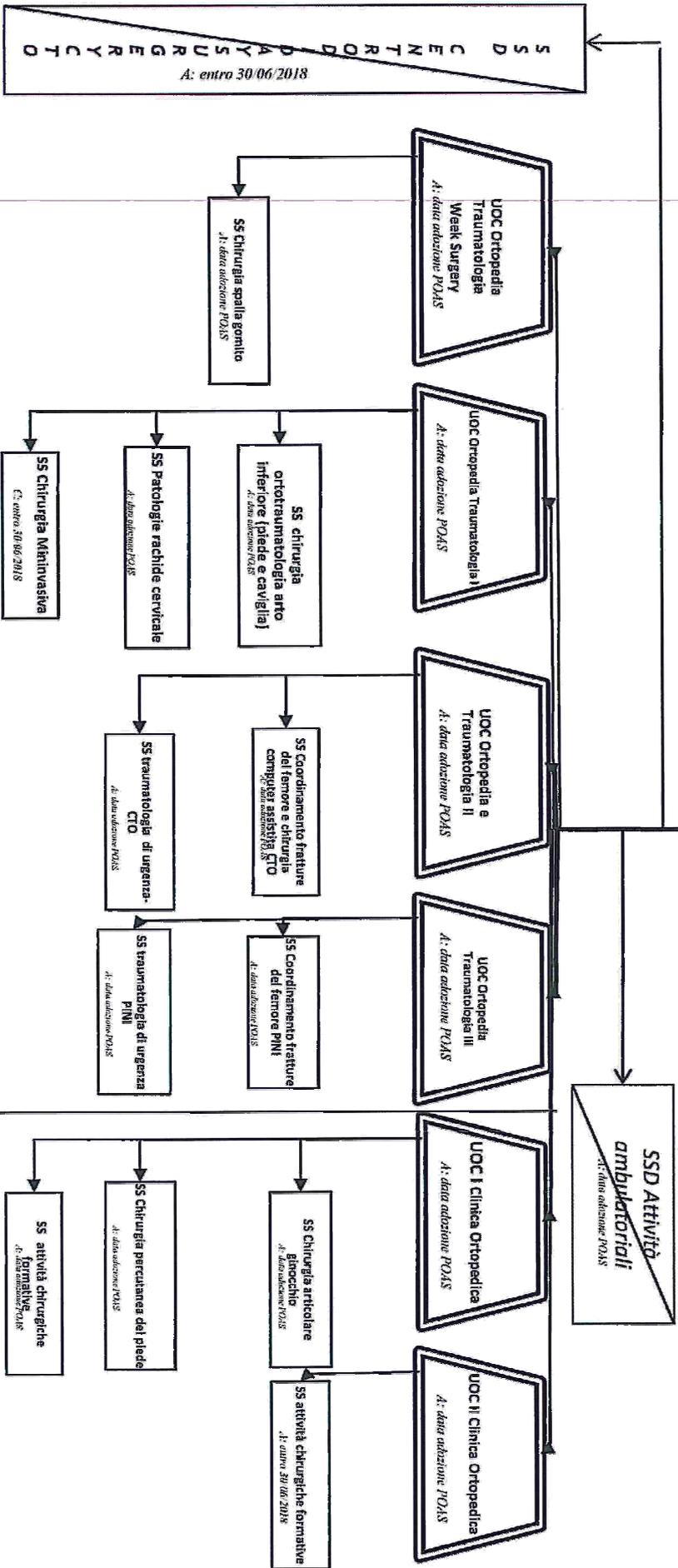
PROCESSI SOCIOSANITARI



DIREZIONE SOCIO SANITARIA

ASST CENTRO SPES
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
GAETANO PINI / CTO
IL DIRETTORE GENERALE
DR. FRANCESCO LAURELLI

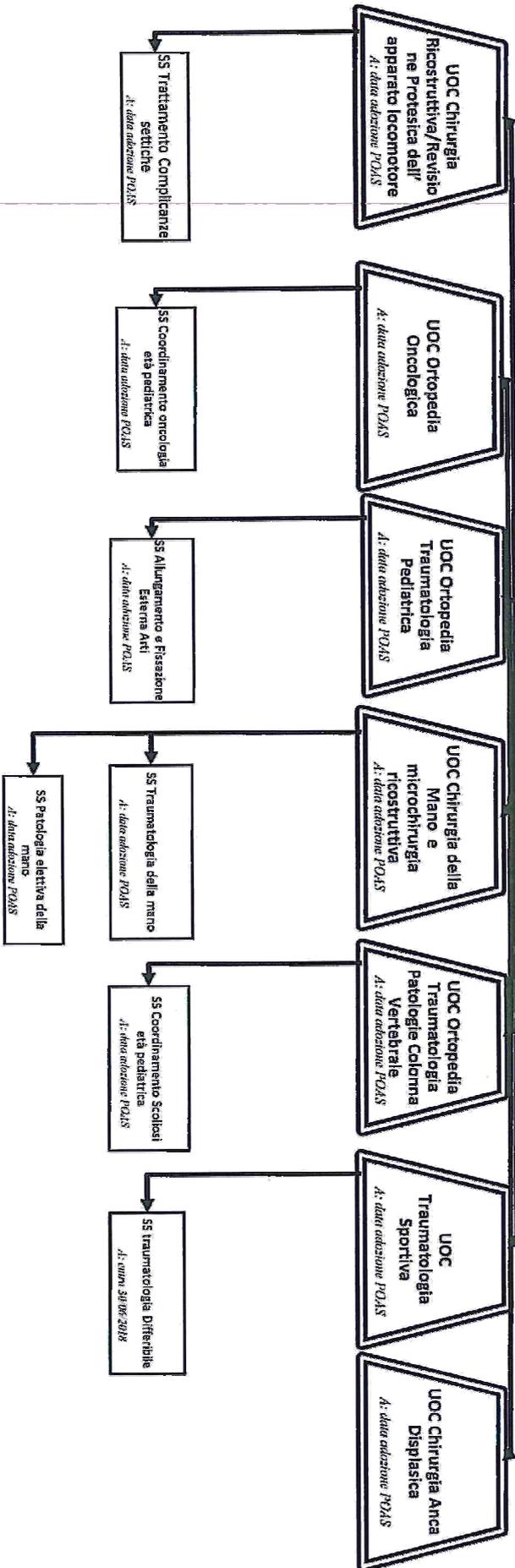
DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA E CHIRURGIE SPECIALISTICHE



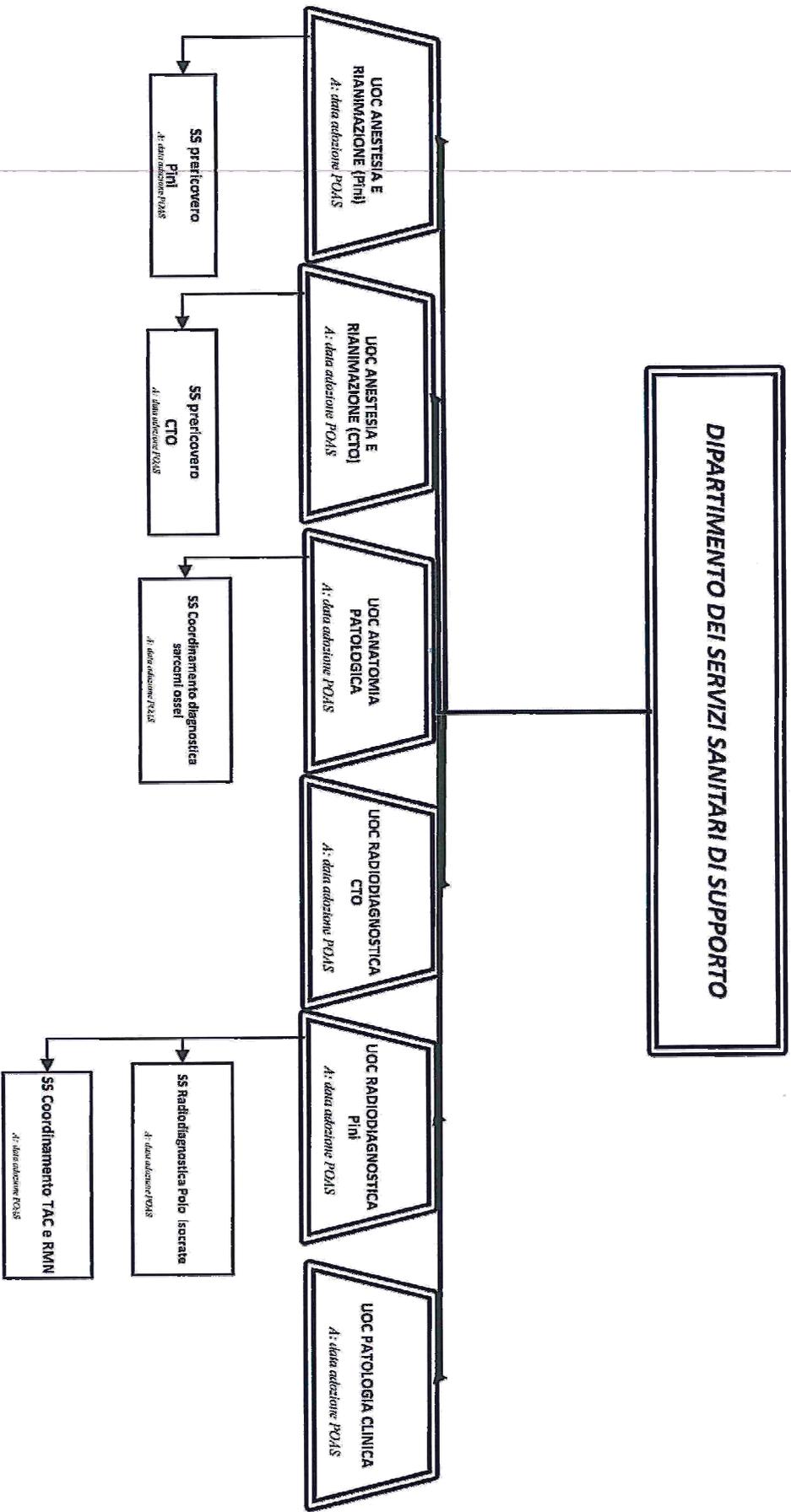
SSD CENTRO DAY SURGERY CTO
A: entro 30/06/2018

ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
~~GAETANO PINI / CTO~~
IL DIRETTORE GENERALE
DR. FRANCESCO LAURELLI

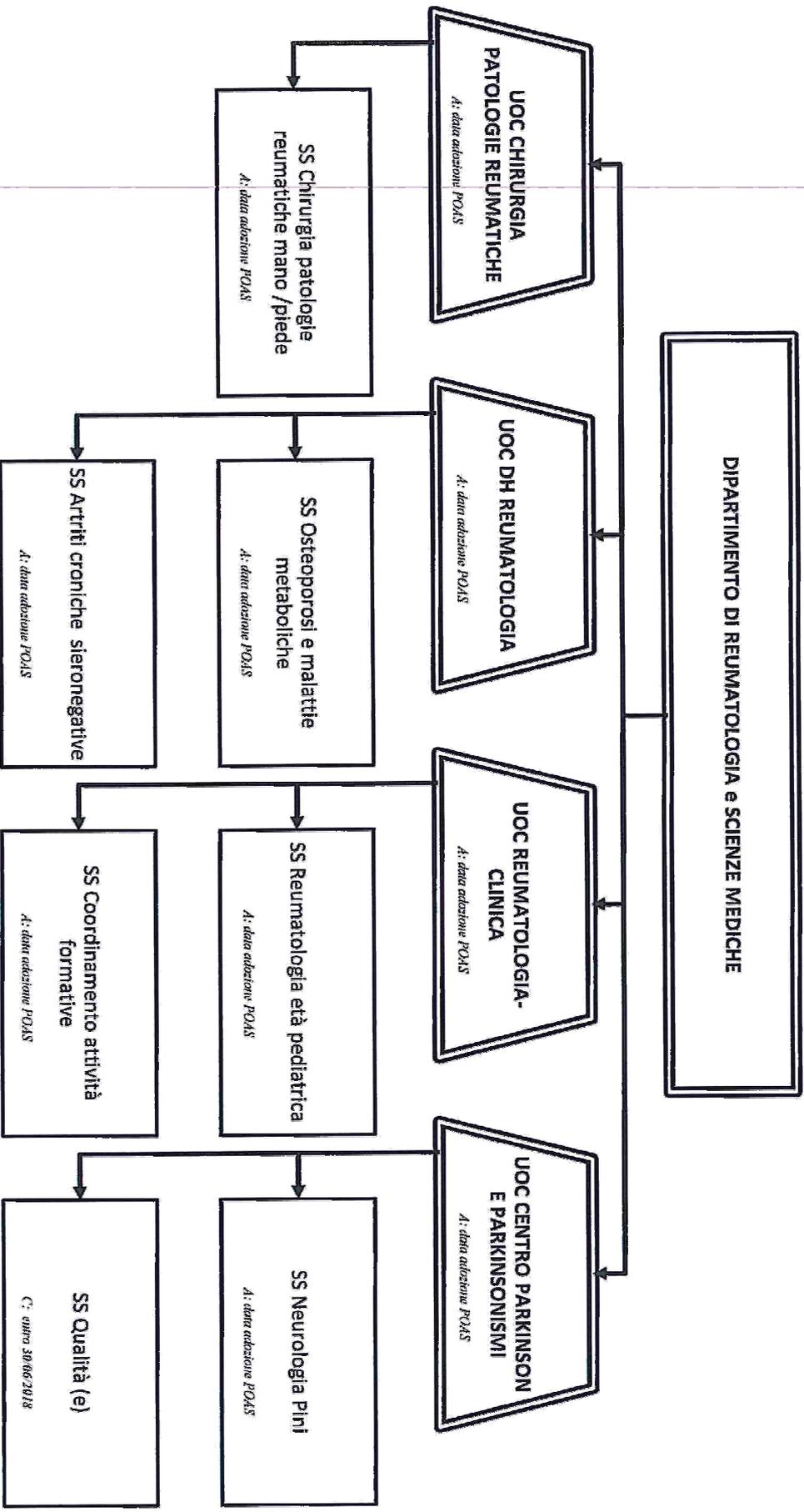
DIPARTIMENTO DI ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA E CHIRURGIE SPECIALISTICHE



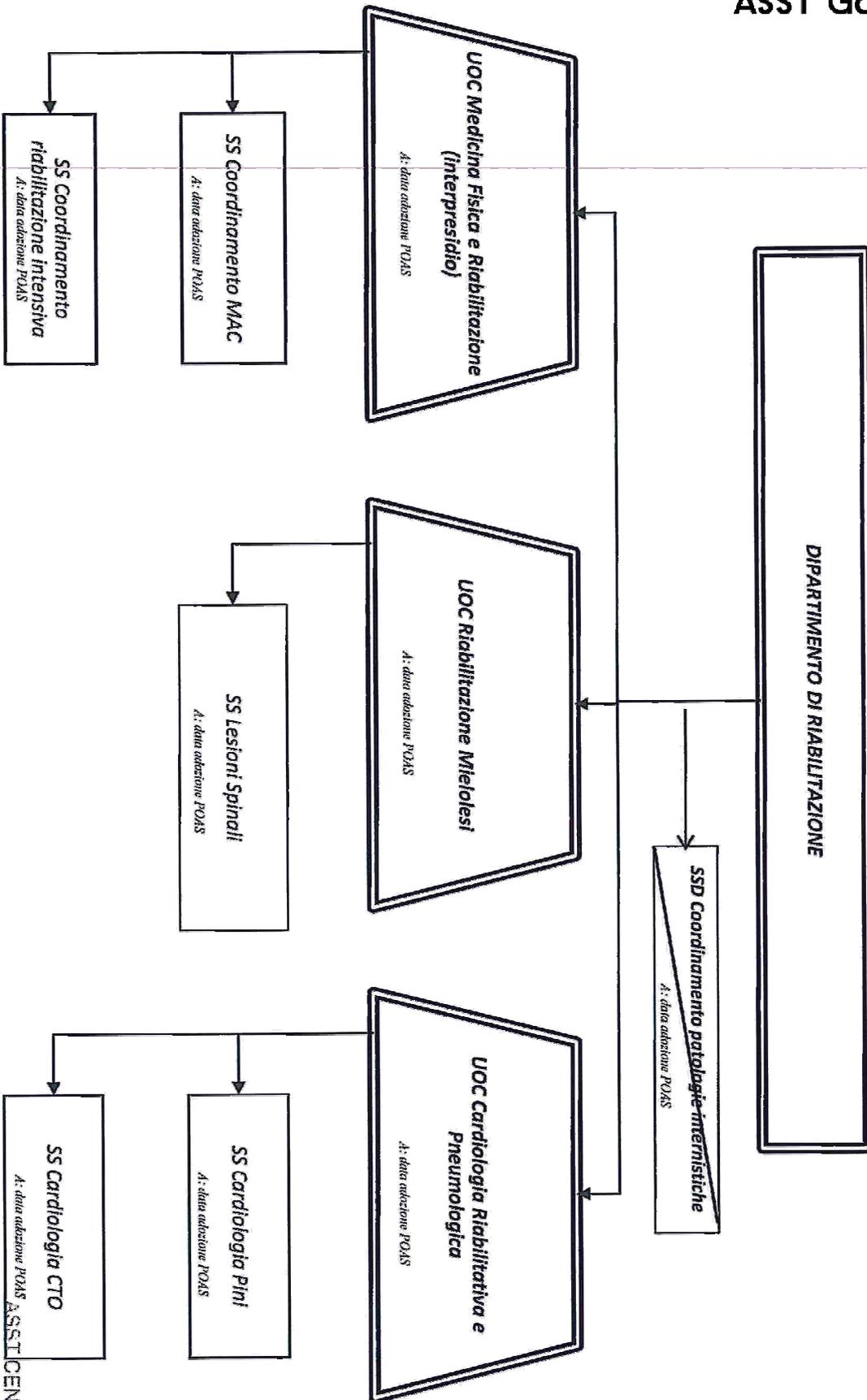
ASST CENTRO SPECIALISTICO
 ORTOPEDICO/TRAUMATOLOGICO
 GAETANO PIRALICCI
 IL DIRETTORE GENERALE
 DR. FRANCESCO LAURELLI



ASSI CENTRO ~~SPESALISTICO~~
 ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
 GAETANO PINI CTO
 IL DIRETTORE GENERALE
 FRANCESCO LAURELLI



ASST CENTRO SPECIALISTICO
 ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
 GAETANO PINI / CTO
 H. DIRETTORE GENERALE
 DR. FRANCESCO LAURELLI



Legenda: A: Attivazione
C: Cessazione

~~ASSICENTRO SPECIALISTICO
ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO
GAETANO PINI / CTO
IL DIRETTORE GENERALE
DOTT. FRANCESCO LAURELLI~~



2.1 I soggetti interni

La politica di prevenzione della corruzione e dell'illegalità è determinata dalla condivisione dei suoi obiettivi e responsabilità da parte di tutti i soggetti interni presenti nell'organizzazione aziendale, tenuti a partecipare attivamente all'elaborazione del Piano anticorruzione, all'attuazione e controllo di efficacia delle misure con esso adottate; a cominciare dai titolari degli incarichi amministrativi di vertice, dal Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), via via, dai componenti del Gruppo di Supporto, dai Responsabili degli Uffici e da ogni altro dipendente.

Anche per il 2018, ai fini della predisposizione del presente Piano, resta invariato l'assetto direzionale di vertice così composto:

➤ **il Direttore Generale.**

Nominato con D.G.R. Lombardia n. X/4466 del 19.12.2015 per il periodo 01.01.2016-31.12.2018, insediatosi con provvedimento aziendale n. 1 del 02.01.2016, che provvede alla nomina del Responsabile della Prevenzione della corruzione e adotta tutti gli atti di indirizzo, di carattere generale, direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

Il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Amministrativo nominato con deliberazione n. 2 del 02.01.2016, dal Direttore Sanitario nominato con provvedimenti nn. 3 del 02.01.2016 e 5 del 04.01.2016, dal Direttore Sociosanitario designato con deliberazione n.13 del 21.01.2016;

➤ **Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza**

Per l'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO è stato confermato nella persona della dott.ssa Marilena Moretti - dirigente amministrativo assegnato alla S.C. Affari Generali, oggi UOC Affari Generali, Istituzionali e Legali (nominato con deliberazione n. 292 del 19.07.2013 che sin dall'inizio del suo incarico di RPC riveste anche ruolo di Responsabile della Trasparenza ed Integrità (RPCT), così come richiesto dal PNA 2016.

Dal 2014 il RPCT è Responsabile aziendale della funzione di Internal Auditing facente parte della rete regionale degli Uffici di I.A. ai sensi della L.R. n.17/2014.



Con deliberazione aziendale n. 609 del 14.12.2017, il RPC è stato individuato quale referente per il monitoraggio dei verbali del Collegio Sindacale dell'Azienda, in attuazione della DGR Regione Lombardia n. X/5661/2011. A tal proposito è stata adottata una procedura operativa, in linea con le sopracitate indicazioni regionali, in grado, attraverso il monitoraggio dei rilievi mossi dal Collegio Sindacale su deliberazioni aziendali e/o determine dirigenziali, di intercettare scostamenti dalle buone prassi e dalle regole dell'ordinamento di tutti processi e/o procedimenti posti in essere dall'Azienda, nell'ottica di un miglioramento ed autocorrezione degli stessi.

Si tratta di un ulteriore strumento di controllo dell'azione amministrativa che dovrà contribuire, secondo quanto previsto dalla sopracitata DGR X/5661/2011, al potenziamento della rete dei controlli interni della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, attraverso l'individuazione di un Referente aziendale con funzioni di controllo sugli atti aziendali oggetto di rilievi da parte del Collegio Sindacale dell'ASST.

La figura del RPCT è stata interessata in modo significativo anche dalle modifiche introdotte dal D.Lgs. 97/2016. L'intento principale del legislatore nelle modifiche apportate alla Legge 190/2012 (art. 41, co. 1 lett. f) D.Lgs. 97/2016), è quello di rafforzare e tutelare il ruolo del RPC, nel senso auspicato da ANAC nell'Aggiornamento 2015 al PNA.

Il Decreto, infatti, stabilisce che l'Organo di indirizzo deve disporre eventuali modifiche organizzative necessarie ad assicurare l'attribuzione al RPCT di funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Inoltre, il medesimo Decreto, se da un lato attribuisce al RPC il potere di indicare all'UPD i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, dall'altro lato, fissa il dovere del RPCT di segnalare all'Organo di indirizzo e all'OIV «le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza», rafforzando in tal senso l'interazione con il predetto Organismo Indipendente di Valutazione.

In tal senso, si prevede, da un lato, la facoltà all'OIV di richiedere al RPC informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza (art. 41, co. 1 lett. h), D.Lgs. 97/2016), dall'altro lato, si prevede che la relazione annuale del RPCT, recante i risultati dell'attività svolta oggetto di pubblicazione nel sito web



dell'amministrazione, venga trasmessa oltre che alla Direzione Strategica anche all'OIV (art. 41, co. 1, lett. l) del D.Lgs. 97/2016).

Tra le funzioni ed i principali compiti del RPC restano quelli disciplinati dall'art. 1, commi 8-10, della Legge n. 190 del 2012 e dal D.Lgs. n. 39/2013, vale a dire:

- la predisposizione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione comprendente la sezione del Programma della Trasparenza (PTPCT) che sottopone all'approvazione della Direzione Generale entro il 31 gennaio di ogni anno;
- la verifica e vigilanza sul funzionamento ed attuazione del PTPC;
- l'individuazione con i Dirigenti interessati, del personale amministrativo e sanitario da inserire nei programmi di formazione;
- la relazione sugli esiti dell'attività svolta ogni anno;
- la vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi di cui al D.Lgs. n. 39/2013;
- il controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, da ultimo dal D.Lgs 97/2015, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'Organo di indirizzo politico, al Nucleo di Valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

La necessità di rafforzare il ruolo e la struttura organizzativa a supporto del RPC è tanto più evidente anche alla luce delle ulteriori e rilevanti competenze in materia di accesso civico e di accesso civico generalizzato attribuite al RPCT dal D.Lgs. 97/2016.

In tale contesto il RPC, oltre alla facoltà di chiedere agli Uffici interni informazioni sull'esito delle istanze, dovrà occuparsi, per espressa disposizione normativa (art. 5, co. 7, D.Lgs. 33/2013, come novellato dal D.Lgs. 97/2016), dei casi di riesame, sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria o meno.

➤ **Il Gruppo di supporto anticorruzione**

Gruppo con funzioni consultive, di programmazione e di controllo, istituito con deliberazione n. 132 del 31.03.2014, ampliato giusta deliberazione n. 160 del 16.04.2015, è costituito dai Dirigenti Responsabili delle seguenti Aree: **Approvvigionamenti e Servizi Economici - Tecnico Patrimoniale – Personale - Controllo di Gestione - CUP -**



Direzione Sanitaria - SITRA – Farmacia - Economico Finanziario – ALPA – SIA – Servizio Prevenzione e Protezione - Risk Management - Sala Operatoria – Qualità – Privacy - Accreditamento nonché da tutti i Referenti aziendali in materia di Privacy e Qualità di cui alla deliberazione n.160 del 16.04.2015.

Ai sopracitati componenti, in qualità di Referenti anticorruzione sono stati affidati i compiti di supporto al RPC con particolare riferimento alla:

- elaborazione di proposte sull'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e sui documenti ad esso correlati;
- garanzia e vigilanza sull'attuazione di tutti gli adempimenti introdotti in materia.

Alla luce di quanto previsto nella Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015, a partire dal 2016, al fine di promuovere la più ampia collaborazione e responsabilizzazione di tutti i dipendenti nell'attuazione del PTPC, è stato attivato il coinvolgimento, attraverso la loro designazione a “Referenti” per la prevenzione della corruzione, dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori delle Strutture Complesse e Semplici, Dipartimentali o in staff, di natura sanitaria, tecnica e amministrativa, di cui si è venuta a comporre la nuova compagine organizzativa dell'Azienda a seguito dell'incorporazione del presidio CTO, per effetto della Delibera di Giunta della Regione Lombardia n. X/4475 del 10/12/2015.

I predetti Referenti sono stati coinvolti nelle varie fasi di aggiornamento ed attuazione del PTPC tenuto conto che:

“Tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile anticorruzione, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 D.Lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, L. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono misure di prevenzione (art. 16 D.Lgs. n. 165/2001);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento aziendale e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.);
- osservano le misure contenute nel PTPC (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012).



Gli interventi dell'Azienda saranno sempre più rivolti a richiamare i Direttori di Struttura al rispetto degli obblighi di collaborazione attiva e di corresponsabilità nella progettazione, promozione e adozione delle misure atte a garantire l'integrità dei comportamenti, richiamando costantemente la loro attenzione sul fatto che la violazione, da parte dei dipendenti, delle misure di prevenzione nonché degli obblighi di collaborazione, informazione e segnalazione previsti dai Piani anticorruzione e dal Codice di comportamento, è fonte di responsabilità disciplinare, alla quale si aggiunge, per i Dirigenti, la responsabilità dirigenziale.

Inoltre, coerentemente a quanto indicato nel PNA 2016, anche per l'anno 2018, si tenderà potenziare il coinvolgimento di tutti gli uffici amministrativi/servizi sanitari, con particolare riferimento a quelli afferenti il P.O. CTO.

➤ **L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

L'OIV, attualmente in carica, è stato istituito con deliberazione n. 562 del 15.12.2016.

Il ruolo di rilievo, nell'ambito dell'applicazione del presente Piano, è quello della verifica della rispondenza tra gli obiettivi di *performance* organizzativa ed individuale ed i compiti connessi alle attività di prevenzione della corruzione e di trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 del D.Lgs. n. 33/2013).

Il D.Lgs. 97/2016 intende conferire maggiore comunicazione tra le attività del RPC e quelle dell'OIV, ciò al fine di sviluppare una sinergia tra gli obiettivi di performance organizzativa e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

In tal senso il suindicato Decreto prevede, da un lato, la facoltà all'OIV di richiedere al RPC informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza (art. 41, co. 1 lett. h) del D.Lgs. 97/2016); dall'altro lato prevede che la relazione annuale del RPCT, recante i risultati dell'attività svolta da pubblicare nel sito web dell'Azienda, venga trasmessa oltre che all'Organo di indirizzo dell'amministrazione anche all'OIV (art. 41, co. 1, lett. l) del D.Lgs. 97/2016).

➤ **Il Collegio di Direzione**

Rinnovato con deliberazione n. 119 del 31.03.2016:

- partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria;



- concorre al governo delle attività cliniche, allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni;

- partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

➤ **il Collegio Sindacale**

Istituito giusta deliberazione n. 120 del 07.04.2016, per il triennio 2016-2018, verifica l'attività dell'Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale, vigila sull'osservanza delle leggi, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa.

➤ **l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)**

Nella sua composizione individuale per le violazioni realizzate dal personale del Comparto e nella sua composizione collegiale nei confronti delle violazioni realizzate dal personale della Dirigenza Medica, Sanitaria, Tecnica e Amministrativa, attiva i procedimenti disciplinari nell'ambito di propria competenza, provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità amministrativa e giudiziaria e propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento.

Maggior rilievo ha acquisito l'UPD a seguito dell'entrata, a far data dal 22 giugno 2017, delle modifiche al D. Lgs n. 165/2001 operate dal D. Lgs. n. 75/2017 in materia di procedimento disciplinare. La recente normativa prevede che i dirigenti non abbiano più competenza disciplinare, ma tutti i procedimenti, sia quelli diretti all'applicazione di sanzioni meno gravi che quelli diretti all'applicazione di sanzioni più gravi siano demandati all'Ufficio competente per i procedimenti disciplinari, fatta eccezione per il rimprovero verbale. Va tuttavia tenuto in considerazione quanto disposto dal comma 3 quinquies dell'articolo 55 quater del D.Lgs 165/2001, come modificato dal dlgs n. 116/2016, che prevede una responsabilità in capo ai dirigenti che abbiano acquisito conoscenza del fatto o, negli enti privi di qualifica dirigenziale, per i responsabili di



servizio competenti, in caso di omissione dell'avvio del procedimento disciplinare per il caso di flagranza nel reato di assenteismo di cui agli articoli 55 quinquies e quater.

Anche in relazione alle novità introdotte dal D.Lgs 25 maggio 2017, n. 75 all'articolo 55 bis del D.lgs. 165 del 2001, nel corso del 2018, sarà rivista la composizione dell'UPD per i procedimenti disciplinari a carico del personale dirigente e non.

➤ **l'Internal Auditing**

In attuazione della normativa regionale (L. R. 4 giugno 2014, n. 17 e DGR X/2989 del 23.12.2014), l'Azienda, con deliberazione n. 464 del 21.10.2015 ha sviluppato un sistema di controllo interno sovraordinato ed autonomo rispetto al sistema di controllo cd. di primo livello, recependo il Manuale Regionale di Internal Auditing e provvedendo alla nomina del Responsabile della Funzione di Internal Auditing.

Con deliberazione n. 499 dell'11.11.2015 è stato costituito un Gruppo di lavoro a valenza multidisciplinare, con il compito principale di supportare il Responsabile dell'Internal Auditing nella fase di Risk Assessment e dei successivi controlli.

In particolare il predetto Gruppo individua i processi da sottoporre all'attività di Internal Auditing (I.A.), compresi i processi a rischio di corruzione, contribuisce alla composizione dei Piani Annuali di I.A., individua le competenze degli auditor; definisce il personale necessario allo svolgimento dell'attività, valuta gli esiti delle verifiche e i risultati dei follow up., supporta il RPCT nell'attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità.

➤ **il Servizio Ispettivo aziendale**

Con le sue competenze sui controlli sulle dichiarazioni rese dai dipendenti in materia di incompatibilità/inconferibilità.

Come già evidenziato nell'Aggiornamento 2015 al PNA e nel PNA 2016, è necessario rafforzare i poteri di interlocuzione del RPCT con gli altri soggetti interni alle amministrazioni, nonché nella sua attività di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Tutto ciò si rende necessario anche alla luce delle disposizioni di cui alla delibera ANAC n. 833 del 03.08.2016 "*Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di*



incarichi inconfiribili e incompatibili” con cui l’Autorità è intervenuta a definire il ruolo e le funzioni operative del responsabile della prevenzione della corruzione nel procedimento di accertamento delle inconfiribilità e delle incompatibilità nonché a fornire le indicazioni operative concernenti anche i propri poteri di vigilanza e di accertamento in materia.

E’ con riferimento al rafforzamento dei poteri ispettivi conferiti al RPC ed agli obblighi informativi ricadenti sugli organismi interni che la ASST procederà nel 2018, alla luce del nuovo regolamento sugli incarichi extraistituzionali e sui conflitti di interesse, approvato con deliberazione n. 611 del 14.12.2017, alla ricostituzione del Servizio ispettivo aziendale.

➤ **RASA**

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell’inserimento e dell’aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa.

Tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP presso l’ANAC dei dati relativi all’anagrafica della S.A., della classificazione della stessa e dell’articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall’art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all’art. 216, co. 10, del d.lgs. 50/2016). L’individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Con deliberazione n. 9 del 14.01.2016 è stata individuata la dott.ssa Daniela Troiano, Direttore della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi Economici, oggi UOC UOC Gestione Acquisti – Logistica (in attuazione del POAS 2016-208), quale Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) incaricato alla compilazione ed aggiornamento dei dati dell’ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO all’Anagrafica Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

➤ **I dipendenti dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale**

Nelle modifiche apportate dal D.lgs. 97/2016 risulta evidente l’intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti di tutta la struttura ed in particolare modo con il personale dipendente che, ai sensi dell’art. 8 del D.P.R. 62/2013 ha un forte



dovere di collaborazione nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore.

I dipendenti:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, L. 190/2012);
- segnalano situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. (art. 54 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001);
- segnalano casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. 241/1990).

L'auspicio è che il presente Piano possa contribuire a responsabilizzare maggiormente tutti i soggetti che a vario titolo operano nelle amministrazioni, compresi i dirigenti e dipendenti tutti, nella consapevolezza che la prevenzione dei fenomeni corruttivi non possa che essere il frutto di una necessaria interazione delle risorse, delle competenze e delle capacità di ognuno.

➤ **I soggetti esterni**

Gli articoli 5 e 13 della Convenzione ONU di Merida del 9.12.2003 contro la corruzione, ratificata dall'Italia con la Legge 3 agosto 2009, n. 116, dispongono che ciascun Stato elabori delle politiche di prevenzione della corruzione che favoriscano la partecipazione attiva di persone e di gruppi non appartenenti al settore pubblico, quali la società civile, le Organizzazioni non governative e le comunità di persone, mediante misure consistenti in particolare nell'intraprendere delle attività di informazione del pubblico che lo incoraggino a non tollerare la corruzione e facciano emergere fenomeni corruttivi altrimenti <<silenti>. Al riguardo si fa riferimento, in particolare, alle Organizzazioni Sindacali, alle Associazioni di Volontariato, ai frequentatori volontari, alle Associazioni e Fondazioni che collaborano con l'Azienda per la tutela della salute del paziente.

3. FORMAZIONE

Se l'aggiornamento 2015 al PNA di cui alla Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015 aveva evidenziato un approccio generalista al tema della corruzione da parte delle Amministrazioni Pubbliche, il PNA 2016 di cui alla delibera n.831 del 03.08.2016 ribadisce la centralità della formazione e il ruolo strategico che essa assume.



Ferma restando la responsabilizzazione delle Amministrazioni e degli Enti sulla scelta dei soggetti da formare e su cui investire prioritariamente e la trasversalità della formazione all'interno dell'organizzazione per tutti i soggetti che, seppur con approcci differenziati, partecipano, a vario titolo, alla formazione ed attuazione delle misure di prevenzione, la figura del RPCT e le figure di supporto (referenti, organi di indirizzo, titolari di uffici e di funzioni strategiche, ecc.) restano i destinatari prioritari dell'investimento formativo.

I percorsi formativi, secondo le indicazioni di cui al nuovo PNA 2016 dovranno connotarsi per una sempre maggiore specificità in relazione alle peculiarità del settore sanitario rispetto agli altri settori della pubblica amministrazione.

Di concerto con il Piano annuale di Formazione Aziendale, predisposto per soddisfare le esigenze formative e di aggiornamento professionale degli operatori, si provvede ad individuare una formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione.

Nell'ambito del triennio 2016-2018 la formazione è stata strutturata su due livelli:

- livello generale: riguarda le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale) che coinvolgono tutti i dipendenti dell'Azienda e debbono riguardare anche il contenuto del Codice di Comportamento e del Codice di Disciplina aziendali;
- livello specifico: per settori di attività e figure professionali specifiche, in particolare modo per i Dirigenti e collaboratori addetti alle aree a rischio.

Al fine di contenere gli oneri economici scaturenti dalle attività di formazione, l'ASST partecipa ad un tavolo interaziendale con l'ASST Sacco-Fatebenefratelli e Fondazione Policlinico per l'elaborazione di iniziative formative congiunte.

Nel corso del 2017 l'attività di formazione in materia di prevenzione della corruzione è stata rivolta, in via principale, al personale amministrativo ritenuto a maggiore esposizione di rischio: dirigenti di tutte le aree contrattuali, personale amministrativo del Comparto, Responsabili dell'incarico di posizione organizzativa o di coordinamento.

Nel confronto:

- nel 2016, offrendo corsi di formazione generale sull'anticorruzione, sono stati formati n. **185** dipendenti (n.**159** dipendenti del Comparto e n. **26** dipendenti Area Dirigenza Medica ed SPTA);



- nel 2017, avendo dato alla formazione un taglio più specialistico, sono stati formati n. **13** dipendenti con qualifica di assistenti/collaboratori amministrativi operanti nell'ambito dell'area dei contratti e personale

Nel 2018 saranno implementati i percorsi formativi che continueranno ad approfondire i temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza non solo sotto l'aspetto normativo-specialistico ma soprattutto valoriale, nell'ottica di consentire, da un lato, l'accrescimento delle competenze specifiche del personale afferente le aree a maggior rischio corruttivo; dall'altro, di potenziare gli aspetti etici e della legalità dell'attività istituzionale attraverso la programmazione di eventi estesi ad un maggior numero di partecipanti; la cui organizzazione avverrà sempre nell'ambito di progetti di formazione aggregata, da attivare in conformità a quanto prescritto dalle Regole di Sistema anno 2018 e secondo quanto indicato nel Piano di Formazione Aziendale anno 2018 (PFA) la cui approvazione dovrà avvenire entro il 28.02.2018.

4. GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE: ANALISI DEL CONTESTO INTERNO ED ESTERNO

L'ANAC nel PNA 2016 ha confermato le indicazioni già date con il PNA 2013 e con l'Aggiornamento 2015 al PNA per quel che concerne la metodologia di analisi e valutazione dei rischi.

In particolare l'Autorità ribadisce quanto già precisato a proposito delle caratteristiche delle misure di prevenzione della corruzione che devono essere adeguatamente progettate, sostenibili e verificabili. È inoltre necessario che siano individuati i soggetti attuatori, le modalità di attuazione e di monitoraggio, indicatori e relativi termini.

Per quanto concerne la metodologia di analisi dei rischi, l'ANAC ribadisce nel PNA 2013 (All. 1, p. 24) e nell'Aggiornamento 2015 al PNA che la stessa *non è vincolante* anche se si è riservata con successive linee guida, ad oggi non ancora adottate, di apportare le modifiche necessarie al sistema di misurazione.

Senza dubbio una delle fasi fondamentali del PTPC è rappresentata dalla gestione del rischio in tutte le sue fasi: mappatura dei processi; valutazione del rischio; trattamento del



rischio (misure di prevenzione/contrasto alla corruzione); monitoraggio sull'attuazione delle misure.

Per questa Azienda, in possesso della certificazione ISO 9001:2008 e tenuta ad adeguarsi entro settembre 2018, alla nuova norma ISO 9001:2015, proprio basandosi su un concetto più ampio di analisi e gestione delle aree di rischio, specifico obiettivo sarà quello di far confluire il Modello di gestione del rischio corruttivo in un unico corpo integrato di tutte le disposizioni e le misure organizzative e gestionali poste a presidio del Sistema Qualità aziendale.

4.1 Il contesto esterno

Prendendo come riferimento i dati messi a disposizione dall'ISTAT, dall'AGENAS, dall'ANAC, dalla ATS di afferenza, si può affermare che la situazione del contesto sanitario del territorio milanese appare buona nonostante i tempi di crisi socio-economica. Come si evince dal sito aziendale l'andamento dei *tempi di attesa*, costantemente tenuto sotto controllo, risulta accettabile e va comunque letto in relazione alla preferenza espressa dagli utenti che sceglie di rivolgersi all'Azienda anche da fuori Regione.

Una sempre più ampia esposizione delle agende verso il Call Center Regionale consente di migliorare l'offerta ai cittadini e la loro soddisfazione.

La *gestione informatica delle liste d'attesa* ha raggiunto un buona grado di funzionalità e di capacità di fornire in tempo reale elementi di tracciabilità sia per le visite ambulatoriali sia per i ricoveri.

La *dematerializzazione delle ricette* sta gradualmente mostrando i suoi effetti positivi, soprattutto rispetto alla tracciabilità ed all'ordine delle informazioni che se ne potranno ricavare, sia ai fini di una valutazione di appropriatezza prescrittiva che di organizzazione interna e contabilizzazione.

Nel corso del 2016 e 2017 sono stati implementati alcuni ambiti applicativi ed infrastrutturali nell'ottica di rendere più funzionali ed efficienti i processi.

Sono state consolidate inoltre, le procedure di pagamento dei *ticket on line* e l'esposizione verso il *Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti clinici elettronici firmati digitalmente*.

Sono svolte attività secondo i dettami di legge e con un buon livello di sviluppo, nei settori dei rischi connessi alla sicurezza degli operatori e dei luoghi di lavoro (Servizio



Prevenzione e Protezione, Medico Competente), della vigilanza sulle ditte esterne (Servizio di Prevenzione e Protezione, Gestione Tecnico Patrimoniale) e della sicurezza sui pazienti in ambito clinico – organizzativo (Comitato Valutazione Sinistri e Comitato di Gestione del Rischio Clinico).

A partire da gennaio 2018 è stato allestito sui due P.O. CTO e G.Pini, il Centro Servizi (CeSPIC) per la presa in carico del paziente, secondo la normativa regionale vigente in materia, supportato da un gruppo di lavoro multidisciplinare dedicato ai pazienti portatori di patologie croniche nell'ambito delle malattie reumatologiche e del Parkinson, dotato di un'area di ascolto ove sono presenti il Servizio Sociale e l'URP.

Si tratta di un Centro servizi che amplierà la portata del modello di assistenza dell'ASST G.Pini-CTO.

4.2 Mappatura delle aree e gestione del rischio: anni 2014-2015-2016-2017.

Al fine di approntare un modello di organizzazione e gestione di tutte le attività istituzionali, il più possibile *“protetto”* contro il fenomeno corruttivo, nel 2014, anno di prima attuazione del Piano, l'Azienda ha preso in considerazione il sistema di mappatura dei processi insiti nel Modello Organizzativo del Codice etico comportamentale adottato ai sensi del D.Lgs. 231/2001.

Il patrimonio informativo del Modello Organizzativo elaborato sin dall'anno 2007, in applicazione del D.Lgs. 231/2001 ed assoggettato a revisioni annuali, così come previsto dalle specifiche Linee Guida regionali, ha costituito la base di partenza per la costruzione del Piano anticorruzione.

Sin dall'adozione del primo Piano anticorruzione, si è cercato di dotare i processi censiti nel Modello Organizzativo di ulteriori misure di *“rinforzo”* per contrastare i fenomeni corruttivi rientranti nelle tipologie di reato contemplate dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs n.231/2001, in parte modificate dalla L.n.190/2012, si seguito elencate:

- a) Reato di concussione (art. 317 c.p.)
- b) Reati di corruzione:
 - 1. Corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318 c.p.)
 - 2. Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.):
 - 2.a aggravanti specifiche (art.319 – bis c.p.)
 - 2.b corruzione in atti giudiziari (art.319 – ter c.p.)



- 2.c induzione indebita a dare o promettere utilità (art.319 – quater c.p.)
3. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (art. 320 c.p.);
4. Istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.)
5. Peculato (art. 314 c.p.);
6. Peculato mediante profitto dell'errore altrui (art. 316 c.p.);
7. Abuso d'ufficio (art. 323 c.p.);
8. Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione (art. 328 c.p.).

A prescindere dalla rilevanza penale, si è inteso intercettare ed eliminare comportamenti di “malcostume” da cui avrebbe potuto emergere un malfunzionamento dell’Azienda a causa dell’uso, a fini privati, delle funzioni pubbliche attribuite.

Per analogia ai meccanismi di mappatura dei rischi insiti nel Modello Organizzativo ex 231/2001, l’analisi dei rischi corruttivi, negli anni 2014-2015 ha riguardato quei processi e sub-processi già censiti nel Modello Organizzativo come “*aree sensibili*” e classificati come aree di rischio “*comuni e obbligatorie*” e “*specifiche*” dal PNA 2013.

Nel prospetto sotto riportato, la valutazione complessiva del rischio, **riferita agli anni 2014-2015**, è stato il risultato della diversa collocazione dei rischi all’interno della matrice (All.5 del PNA) che ha tenuto conto sia del differente grado di rilevanza del rischio in termini di probabilità che esso possa verificarsi sia dell’entità del danno che lo stesso possa arrecare in termini di impatto organizzativo, economico e sull’immagine:



UFFICI	ATTIVITA'	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO
S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi economici	Appalti di servizi e forniture	Medio-Basso	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizzazione sui bisogni formativi • Controlli e monitoraggi sulle procedure aziendali • Miglioramento dell'informatizzazione del sistema di gestione dei magazzini
S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi economici	Gestione cassa economica	Trascurabile	
S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi economici	Gestione dei magazzini (generale, dispensa e sagbo)	Trascurabile	
S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi economici	Inventario beni mobili	Trascurabile	
S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi economici	Liquidazione fatture	Trascurabile	
S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Appalti di lavori, servizi e forniture	Medio-Basso	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizzazione sui bisogni formativi • Controlli e monitoraggi sulle procedure aziendali • Miglioramento dell'informatizzazione del sistema di gestione dei magazzini
S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Liquidazione fatture	Medio-Basso	
S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Gestione del patrimonio immobiliare	Trascurabile	
S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Manutenzione delle apparecchiature elettromedicali	Trascurabile	
S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Gestione del magazzino tecnico	Trascurabile	
S.C. Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali	Affidamento borse di studio	Trascurabile	Formalizzazione procedura aziendale
S.C. Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali	Concorsi e procedure selettive, progressioni di carriera	Trascurabile	Fissazione preventiva dei criteri di valutazione dei candidati con riferimento alla vigente normativa e alle disposizioni contrattuali attualmente in vigore.
S.C. Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali	Strumenti di incentivazione economica	Trascurabile	Fissazione preventiva dei criteri riferiti agli obiettivi prefissati nel rispetto sia dei vincoli regionali sia delle specifiche aree di interesse aziendale; - controlli
S.C. Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali	Conferimento incarichi ai consulenti	Trascurabile	Definizione di protocolli operativi o regolamenti
S.C. Affari Generali e Legali	Accettazione erogazioni liberali/ contributi	Trascurabile	Formalizzazione procedura



S.C. Farmacia	Approvvigionamento farmaci	Trascurabile	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizzazione sui bisogni formativi • Controlli e monitoraggi sulle procedure aziendali • Miglioramento dell'informatizzazione del sistema di gestione dei magazzini
S.C. Farmacia	Liquidazione fatture	Trascurabile	
CUP	Prenotazioni visite ambulatoriali e pagamenti	Trascurabile	Verifica delle coerenza tra prestazioni prenotate, erogate e pagate (se non esenti)
S.C. Gestione Risorse economico Finanziarie – ALPA	Attività Libero professionale	Medio-Basso	<ul style="list-style-type: none"> - Intensificazione controlli; - monitoraggi periodici; - verifica della congruità dell'attività libero professionale rispetto all'attività istituzionale
Direzione Sanitaria	Gestione liste di attesa	Medio-Basso	Controlli periodici sui criteri adottati nel caso di superamento delle liste di attesa per mancato rispetto dell'ordine cronologico delle prenotazioni.
Sorveglianza Sanitaria	Visite e certificazioni	Trascurabile	<ul style="list-style-type: none"> Intensificazione controlli nelle aree potenzialmente a rischio - calendarizzazione delle visite periodiche dei lavoratori in funzione delle patologie invalidanti riscontrate.

Negli anni 2016-2017 l'attività di mappatura si è focalizzata su ambiti specifici evidenziati dall'Allegato 2 alla determinazione ANAC n.12/2015 e riguardanti essenzialmente il settore sanitario.

Il Piano 2016-2018, sia pur approvato nel primo mese di vita della nuova ASST, è stato il frutto di un'accurata ricostruzione della mappa dei processi organizzativi ad opera del Responsabile della Prevenzione corruzione e dei Referenti delle aree aziendali a maggior rischio corruttivo, nell'intento di apportare una "correzione di rotta" ai precedenti piani anticorruzione, intervenendo sul sistema di ponderazione del rischio, basato non solo sulla metodologia suggerita dall'allegato 5 del PNA 2013 (che aveva portato negli anni 2014-2015 ad una sottovalutazione del livello di rischio per la gran parte dei processi mappati), ma anche su un sistema di verifica *sul rischio di compliance*, tipico dell'attività di internal auditing (studio delle documentazioni, audizioni, interviste, check list di valutazione ed estrazione di un campione di operazioni relative al processo da sottoporre a test di conformità, ecc..) con particolare attenzione al livello di percezione, rilevazione del rischio di illegalità da parte dei soggetti auditati.



L'attività di auditing oltre che "misura di contrasto anticorruzione", si è proposto di verificare la conformità normativa ed il livello di efficacia ed efficienza dei processi rientranti nelle Aree di rischio esaminate.

Negli anni 2016 e 2017, nell'ambito delle aree di rischio generali e delle aree di rischio specifiche classificate dal PNA 2015 sono state censite le seguenti attività:

UFFICI	ATTIVITA'
S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi Economici S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Lavori, servizi e forniture sopra soglia comunitaria
S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi Economici S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria
S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi Economici S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale S.C. Farmacia	Gestione dei magazzini
S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale – Ingegneria Clinica	Manutenzione delle apparecchiature elettromedicali
S.C. Gestione Risorse Umane e Relazioni Sindacali	Autorizzazioni incarichi extra istituzionali ai dipendenti ex art. 53 D.Lgs 1
	Incarichi dirigenziali di struttura complessa
	Incarichi a soggetti esterni
	Assunzioni mediante pubblico concorso/avviso
S.C. Affari Generali e Legali	Assegnazione di borse di studio
S.C. Affari Generali e Legali	Accettazione contributi per borse di studio
S.C. Gestione Economico Finanziaria e Controllo di Gestione	Gestione delle entrate e delle spese: Percorso PAC - Attività - connesse ai pagamenti ed alla redazione dei bilanci. Erogazione dei compensi - Liquidazione fatture - RegISTRAZIONI di Bilancio - Pubblicazione Bilancio
Direzione Sanitaria	Gestione liste di attesa
Direzione Sanitaria S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi Economici	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: Approvvigionamento dispositivi (materiale protesico e di osteosintesi)
DMP	Attività di sperimentazione clinica
SITRA	Gestione delle strutture mortuarie e della salma
VIGILANZA, CONTROLLI, ISPEZIONI, SANZIONI SPP, S.I.A.	Applicazione del Piano dei Controlli Interni annuale
	Gestione Sicurezza Lavoro ex D. Lgs . n.81/2008
	SIA (Servizio Ispettivo Aziendale)
ALPA	Attività Libero professionale

Per i PTPC 2016-2018 e 2017-2019 la mappatura delle aree di rischio è stata rappresentata da una **scheda di programmazione**, allegata a ciascun Piano (ALL.1), in cui sono state individuate le aree a rischio che configurano le principali attività istituzionali, le misure preventive in atto, le misure di prevenzione oggetto di nuova adozione nel corso dell'anno, le misure da implementare/migliorare nel corso degli anni successivi.

Sono stati individuati altresì, per ogni misura di prevenzione, i responsabili, gli indicatori, gli obiettivi attesi e le modalità di verifica dell'attuazione.



Con riferimento al sistema di valutazione dei rischi utilizzato negli anni 2016 e 2017, il RPC, **privilegiando un sistema prudenziale di rilevazione quanti-qualitativa**, ha perseguito l'obiettivo di conferire efficacia al processo di monitoraggio dei rischi di corruzione effettuando una serie di audit con i Dirigenti Responsabili dei processi mappati, ciascuno per l'area di competenza, al fine di acquisire conoscenze dirette sul contesto ambientale ed operativo che, da solo un anno, si era ampliato con l'incorporazione del P.O. CTO di Via Bignami.

Le attività di analisi sono state svolte dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza coinvolgendo le Unità Operative più coinvolte dai processi a maggior rischio corruttivo individuati dal PNA 2016.

Il RPC nella veste anche di referente della Funzione di internal Auditing ha concentrato le verifiche su taluni processi a rischio corruzione rientranti nell'area specifica: *affidamento di lavori, acquisizione di servizi e forniture sotto soglia comunitaria*, le cui attività, benchè residuali per l'ASST, in quanto le procedure di gara sono, nel gran numero di casi, gestite in forma aggregata con altre Aziende del SSR o dalla Centrale di committenza ARCA, sono tuttavia espressione dell'esercizio di autonomia discrezionale.

Com'è noto, per effetto delle recente normativa nazionale e regionale concernente la materia degli appalti pubblici e la diffusione delle forme di aggregazione e centralizzazione delle committenze, la singola stazione appaltante ha perso il ruolo decisionale nelle fasi di progettazione, selezione del contraente e aggiudicazione limitandosi alla conservazione della propria autonomia per quanto riguarda la fase della programmazione ed esecuzione dei contratti.

La centralizzazione delle committenze e le aggregazioni consortili hanno spostato l'analisi dei rischi sulle procedure di approvvigionamento di beni e servizi, gestite in via autonoma dalle Aziende, foriere di eventuali comportamenti corruttivi che potrebbero concretizzarsi nell'esercizio improprio o distorto del potere discrezionale.

In collaborazione con i Responsabili, tenuto conto delle procedure e dei regolamenti già in essere, attraverso audit dedicati e ceck list valutative, è stato possibile per il RPC monitorare, in primis, lo stato di percezione dei fenomeni corruttivi, la capacità del personale amministrativo e sanitario di "intercettare" comportamenti cd. di



maladministration, di malcostume che compromettono il buon funzionamento della macchina amministrativa.

La fase di Risk Assessment, negli anni 2016 e 2017, nonostante l'approccio prudentiale tenuto dai Dirigenti Responsabili dei processi auditati, caratterizzato da una maggiore consapevolezza del contesto di minaccia che sempre più gravata sull'Azienda, ha dato risultati inadeguati e di sottovalutazione del rischio di corruzione.

A seguito del verificarsi, nel corso del 2017, di eventi avversi a rilevanza giudiziaria, con effetti pregiudizievoli sull'immagine dell'Azienda, si è ritenuto necessario "rinforzare" le misure di prevenzione in essere o adottarne nuove, più "blindate" contro il rischio di corruzione.

L'obiettivo di conferire maggiore attendibilità al processo di valutazione del rischio è avvenuta in fase di predisposizione del PTPC 2018-2020 ricorrendo alla metodologia di analisi dei rischi cui si fa riferimento nel successivo paragrafo 4.4..

4.3 Monitoraggio anno 2017

Il Sistema di Internal Auditing ha rappresentato lo strumento di controllo finalizzato alla prevenzione del rischio di corruzione con l'obiettivo di:

- verificare l'impatto reputazionale;
- monitorare l'attuazione delle misure di risposta;
- accertare la congruità delle misure di risposta;
- verificare l'efficacia dei Protocolli Operativi e delle procedure aziendali poste a presidio dei fenomeni corruttivi;
- identificare eventuali aree di miglioramento in raccordo con il Dirigente dell'Ufficio/Servizio interessato, nell'ambito del Protocollo Operativo e delle procedure in essere.

Come noto, l'attività di auditing è diretta a verificare la conformità degli atti/processi alle norme e alle procedure introdotte (cd. auditing di conformità/qualità), nonché a valutare l'adeguatezza, l'affidabilità e la funzionalità dei processi in relazione alle finalità perseguite, il grado di conoscenza delle procedure da parte dei dipendenti coinvolti, nell'ottica di un miglioramento continuo e di un affinamento delle attività in essere (cd. auditing tecnico-operativo).



Nel 2017, per effetto del processo di integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione ed i sistemi di controllo interno, sono stati sottoposti a *verifiche di compliance* (di coerenza con il dettato normativo e regolamentare) quei processi trasversali al Piano di prevenzione della corruzione ed al Piano di audit, quali:

- 1) Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie;
- 2) Incarichi e Nomine;
- 3) Liste di attesa;
- 4) Acquisti di beni e servizi sotto sottoglia comunitaria.

Oggetto di particolare attenzione è stata l'area di rischio denominata "*Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie*" nell'ambito della quale è stato analizzato il processo dal titolo "*Approvvigionamento dispositivi medici (materiale protesico e di osteosintesi)*".

Il RPC, nel maggio 2017, ha effettuato un audit con gli operatori dell'Ufficio Approvvigionamenti, per analizzare le fasi operative di approvvigionamento di materiale protesico rientrante nell'Accordo Quadro vigente e di materiale protesico richiesto *fuori Accordo Quadro*, dietro compilazione di specifica modulistica da parte dei professionisti sanitari utilizzatori finali dei prodotti.

E' stato designato un gruppo di lavoro coordinato dal Direttore Sanitario, che, nell'ambito dell'applicazione dei diversi Accordi Quadro vigenti sui Presidi Ospedalieri dell'ASST, inerenti la fornitura di materiale protesico e di osteosintesi, si è occupato di uniformare e di rendere compatibile il Protocollo aziendale relativo all'impiego di materiali protesici approvato con deliberazione n.151/2016. Le risultanze degli incontri del gruppo di lavoro hanno evidenziato l'esigenza di revisionare, nel corso del 2018, il predetto Protocollo che dovrà regolamentare, nelle more dell'attivazione di relativa convenzione regionale, una serie di aspetti, tra i quali le dichiarazioni di infungibilità del prodotto, alla luce dell'unico Accordo Quadro che nel 2018 produrrà i suoi effetti per tutti i P.O. dell'ASST.

4.4 Programmazione operativa 2018

Entro dicembre 2017, al fine di dotare i processi già censiti nel Piano 2017-2019 di ulteriori misure di "rinforzo" per contrastare i fenomeni corruttivi ed allo scopo di individuare nuovi processi precedentemente non censiti, è stata avviata la FASE DI VALUTAZIONE DI RISK ASSESSMENT in vista dell'adozione del PTPC 2018-2020.

In fase di identificazione e rivalutazione dei rischi, nell'analisi del contesto interno ed esterno, influenti sulla determinazione delle misure di mitigazione del rischio corruzione



sono risultate alcune vicende, anche con risvolti giudiziari, ed eventi avversi verificatisi nel 2017, di rilevante impatto organizzativo, economico e sull'immagine dell'ASST.

Nell'ottica del perseguimento dei seguenti obiettivi:

- ❖ semplificazione
- ❖ standardizzazione delle procedure
- ❖ trasparenza ed efficienza dell'azione amministrativa
- ❖ garanzia di affidabilità agli utenti
- ❖ riduzione del contenzioso

sono stati introdotti i seguenti processi:

- gestione giudiziale dei sinistri e relativo contenzioso
- controlli sui verbali del Collegio Sindacale
- Inquinamento ambientale

La metodologia di base utilizzata per l'analisi dei rischi di corruzione, ai fini della stesura del PTPC 2018/2020 è stata quella suggerita dall'Allegato 5 del PNA del 2013 con alcuni sostanziali aggiustamenti.

Come già evidenziato al precedente paragrafo 4.2 per gli anni precedenti, l'applicazione di tale metodologia al settore Sanità, ha presentato diverse criticità dal momento che le attività analizzate non sempre sono state riconducibili ai punteggi delle variabili previsti nel PNA e smi, con conseguente sottovalutazione del rischio, in considerazione del fatto che la media aritmetica utilizzata è consistita in un valore compensativo.

In alternativa alla media aritmetica, si è preferito utilizzare per il 2018, in via del tutto prudenziale, il "criterio del valore massimo" delle due dimensioni (impatto e probabilità dell'all. 5 del PNA) che nell'analisi del processo riportano il punteggio più alto.

Il livello di rischio (probabilità x impatto) è stato correlato al seguente schema:



probabilità	5	5	10	15	20	25
	4	4	8	12	16	20
	3	3	6	9	12	15
	2	2	4	6	8	10
	1	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
		impatto				

Trascurabile

Medio-basso

Medio-alto

Alto



L'analisi del rischio così condotta, consistente nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto), ha consentito di giungere alla determinazione del Livello di rischio, determinato moltiplicando il valore massimo della Probabilità per il valore massimo dell'impatto, rappresentato da un valore numerico nella scala 1-25.

Si è ritenuta coerente la seguente ponderazione del rischio:

fino a 3 rischio trascurabile, da 3,01 a 6 rischio medio-basso, da 6,01 a 12 rischio medio-alto, da 12,01 a 25 rischio alto.

Nelle more dell'adozione di un Modello di gestione del rischio corruttivo integrato al Sistema Qualità aziendale (l'Azienda, in possesso della certificazione ISO 9001:2008 dovrà adeguarsi entro settembre 2018, alla nuova norma ISO 9001:2015), l'ASST ha perseguito l'obiettivo di conferire efficacia al processo di valutazione del rischio, cercando di concentrare lo sforzo dei Responsabili dei processi auditati verso la necessaria acquisizione di conoscenze sul contesto ambientale ed operativo delle attività gestite, piuttosto che sulla meccanica applicazione di parametri e formule per il calcolo del rischio.



Un adeguato livello di consapevolezza del contesto di minaccia che grava sull'Azienda ed un atteggiamento prudentiale e cautelativo, costituiscono un fondamentale pre-requisito per un efficace attività di contrasto della corruzione.

Questo crescente livello di consapevolezza da parte dei Dirigenti responsabili delle aree a maggior rischio è stato il filo conduttore che ha portato alla riponderazione del rischio attestante, così come si evince dalla sotto riportata tabella, una valutazione più attendibile in coerenza alle aree di attività già classificate dal PNA 2016 "ad alto rischio".

UFFICI	ATTIVITA'	RISCHIO
UOC Gestione Acquisti – Logistica UOC Tecnico Patrimoniale	Lavori servizi e forniture sopra soglia comunitaria	MEDIO-ALTO
UOC Gestione Acquisti – Logistica UOC Tecnico Patrimoniale	Lavori, servizi e forniture sotto soglia comunitaria	ALTO
UOC Gestione Acquisti – Logistica UOC Tecnico Patrimoniale UOC Farmacia	Gestione dei magazzini Gestione dei magazzini tecnici Gestione dei magazzini – Gestione dei farmaci	MEDIO-ALTO MEDIO-ALTO MEDIO-ALTO
UOC Tecnico Patrimoniale – Ingegneria Clinica	Gestione e manutenzione delle apparecchiature elettromedicali in conto visione	ALTO
UOC Organizzazione Risorse Umane	Autorizzazioni incarichi extra istituzionali ai dipendenti ex art. 53 D.Lgs 165/2001	ALTO
	Incarichi dirigenziali di struttura complessa	ALTO
	Incarichi a soggetti esterni	ALTO
	Assunzioni mediante pubblico concorso/avviso	ALTO
	Assegnazione di borse di studio	ALTO
UOC Affari Generali, Istituzionali e Legali – Legale e contenzioso	Accettazione contributi per borse di studio	ALTO
	Controlli sui verbali del Collegio Sindacale Gestione giudiziale dei sinistri e relativo contenzioso	MEDIO-BASSO MEDIO-BASSO
UOC Economico Finanziaria	Gestione delle entrate e delle spese: Percorso PAC - Attività connesse ai pagamenti ed alla redazione dei bilanci. Erogazione dei compensi – Liquidazione fatture - RegISTRAZIONI di Bilancio - Pubblicazione Bilancio	MEDIO-ALTO
Direzione Sanitaria	Gestione liste di attesa	ALTO
Direzione Sanitaria UOC Gestione Acquisti	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie:approvvigionamento dispositivi medici	ALTO
DMP	Attività di sperimentazione clinica	ALTO
SITRA	Gestione delle strutture mortuarie e della salma	MEDIO-BASSO
DMP – NIC – SPP - S.I.A.- I.A.	Applicazione del Piano dei Controlli Interni annuale	MEDIO-BASSO
	Gestione Sicurezza Lavoro ex D. Lgs. n.81/2008	MEDIO-ALTO
	Applicazione Piano annuale di Internal Auditing	MEDIO-ALTO
	Controlli sui dipendenti in materia di incompatibilità/confitto di interessi Inquinamento ambientale	ALTO ALTO
ALPA	Attività Libero professionale	ALTO



Al PTPC 2018-2020 è allegata una **scheda di programmazione 2018 (ALL.1)** in cui, oltre ai processi compresi nella scheda di programmazione anno 2017, sono stati introdotti tre nuovi elencati a pag. 41 del presente documento.

E' stata modificata l'impostazione della scheda (ALL.1) che prevede le seguenti sezioni:

- **LAVORI, SERVIZI E FORNITURE SOPRA SOGLIA COMUNITARIA:** sono mappate le varie fasi di una procedura di gara il cui valore dell'appalto è superiore alla soglia comunitaria. Si tratta di procedure di approvvigionamento/acquisizione in capo alle Centrali di committenza regionale o nazionale che lasciano un margine di discrezionalità residuale in capo all'ASST;
- **LAVORI SERVIZI E FORNITURE DI VALORE INFERIORE ALLA SOGLIA COMUNITARIA EX ART. 36 D.LGS 50/2016 E S.M.I.: PROCEDURE NEGOZiate, LAVORI IN AMM.NE DIRETTA, AFFIDAMENTI DIRETTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI:** sono mappate le varie fasi di una procedura di gara il cui valore dell'appalto è inferiore alla soglia comunitaria. Si tratta di procedure di affidamento lavori, acquisizione beni e servizi, gestite in autonomia dall'ASST, ove più ampio è il potere discrezionale dell'Azienda;
- **AREE DI RISCHIO SPECIFICHE: attività libero professionale - liste di attesa - farmaci - dispositivi - sperimentazioni - attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero- donazioni e comodati d'uso.**
- **AREE DI RISCHIO GENERALI: incarichi e nomine - gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio - controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni; affari legali e contenzioso.**
- **AREE DI RISCHIO ULTERIORI: inquinamento ambientale, controlli sui verbali del Collegio Sindacale.**

Di nuovo inserimento sono i seguenti processi:

- **PREVENZIONE INQUINAMENTO:** regolamentazione dei transiti e deposito rifiuti nei cortili interni dell'ASST.
- **Affari Legali e contenzioso:** gestione giudiziale dei sinistri e relativo contenzioso
- **Controlli sui verbali del Collegio Sindacale:** disamina dei rilievi mossi dal Collegio Sindacale.



Come si evince dalla predetta scheda di programmazione la sezione denominata “MISURE DA IMPLEMENTARE” (prevista nei precedenti PTPC) è stata modificata in “AREA DI MIGLIORAMENTO”. Sono stati espressamente indicati i livelli di rischio rilevati.

Per il raggiungimento degli obiettivi anno 2018 è stata identificata una tipologia di indicatore c.d. “strutturale”, maggiormente verificabile, che va a rilevare l’attuazione della misura di prevenzione in coerenza all’applicazione di un atto regolamentare o di una procedura operativa aziendale o di un riferimento normativo nazionale o regionale.

Nel corso del 2018 verranno, in particolare, attenzionati i seguenti processi rientranti anche nelle attività di verifica del Sistema dei Controlli interni di cui al Piano di Audit 2018, anch’esso da adottare entro il 31.01.2018:

- Attività del Servizio Ispettivo
- Incarichi extraistituzionali dei dipendenti e conflitto di interessi
- Sperimentazioni cliniche
- Approvvigionamento di materiale protesico
- Affidamenti lavori, acquisizione beni e servizi sotto soglia comunitaria: proroghe, autorizzazioni subappalti
- Gestione delle apparecchiature elettromedicali in conto visione
- Regolamentazione dei contributi economici per borse di studio/incarichi professionali

5. GLI STRUMENTI DI PREVENZIONE

Il contrasto al fenomeno della corruzione si attua attraverso strumenti di prevenzione operanti direttamente all’interno della Pubblica amministrazione.

L’azione di prevenzione della corruzione delineata dalla Legge n. 190/2012 si basa su tutta una serie di pilastri fondamentali:

- a) la trasparenza
- b) l’analisi del rischio e la pianificazione delle misure di contrasto
- c) la formazione
- d) il Codice di comportamento;
- e) la rotazione del personale
- f) rispetto dei tempi procedurali



5.1 Il Codice di comportamento

La Legge 190/2012 ha rafforzato il profilo sanzionatorio del nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato con DPR n. 62 del 16 aprile 2013 prevedendo che la violazione dei doveri del Codice, compresi quelli di attuazione del Piano di prevenzione della corruzione è fonte di responsabilità disciplinare. La violazione dei doveri è altresì rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogni qualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, leggi o regolamenti.

Quella prevista dalla Legge 190/2012 costituisce un particolare tipo di responsabilità da cui si può essere esonerati solo provando che il fatto corruttivo, inteso nella sua accezione più ampia, si è verificato nonostante le azioni positive messe in campo dal Responsabile anticorruzione e consistenti nell'aver predisposto, prima del fatto, il PTPC, ma anche di aver svolto i compiti di verifica dell'efficace attuazione, osservanza e aggiornamento, in caso di necessità, del Piano stesso.

Il Codice di Comportamento aziendale è stato approvato con deliberazione n. 43 del 30.01.2014 al fine di contestualizzare quanto disposto dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62/2013.

Esso fa espresso richiamo ai seguenti temi trattati nel PTPC:

- A) whistleblowing e procedura per la segnalazione, attraverso un canale informativo dedicato, dell'atto illecito da parte del pubblico dipendente con assoluta garanzia dell'anonimato;
- B) svolgimento di incarichi extra-istituzionali svolti dai dipendenti dell'Azienda ai sensi della normativa nazionale vigente in materia (art.53 del D.Lgs. 165/2001 e s.mi.i.);
- C) disciplina sulla incompatibilità e sulla inconferibilità degli incarichi dirigenziali ai sensi del D.Lgs. 39/2013;
- D) conflitto di interessi e obbligo di astensione (artt. 6 e 7 del DPR 63/2013) da parte dei dipendenti nelle procedure di gara.

L'ASST nel 2018 procederà all'aggiornamento del vigente Codice di comportamento a seguito dell'approvazione definitiva delle Linee Guida 20 settembre 2016 per l'adozione



dei Codici di comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale con cui ANAC ha inteso fornire agli enti del SSN indicazioni per l'adozione dei Codici di comportamento, da parte dei singoli enti, al fine di contestualizzare le norme di portata generale contenute nel DPR 16 aprile 2013 n. 62.

La revisione del Codice di comportamento avrà l'obiettivo di dettagliare il più possibile le fattispecie/attività del dipendente che si configurano come situazioni a potenziale conflitto di interesse con l'attività istituzionale.

A) Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (*Whistleblowing*)

Con la L. 190/12 è stata introdotta nell'ordinamento giuridico italiano (e precisamente all'art. 54 bis del D.Lgs. 165/2001) la figura del "whistleblower", cioè del dipendente pubblico che segnala illeciti a cui abbia assistito o di cui sia venuto a conoscenza in ragione dello svolgimento della propria attività lavorativa.

Lo scopo della norma è quello di favorire l'emersione di fattispecie di illecito e consentire all'Amministrazione e, per essa, ai soggetti qualificati dalla medesima individuati, di condurre verifiche sulla base di dati ed elementi certi allo scopo di contenere e limitare la commissione di eventi contrari al buon andamento.

Poiché la funzione primaria del whistleblowing è quella di portare all'attenzione dell'Azienda i possibili rischi di illecito o negligenza di cui si è venuti a conoscenza, l'istituto in questione acquisisce la qualifica di strumento di prevenzione ed il whistleblowing è la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il whistleblower.

Ai sensi dell'art. 54 bis del D.Lgs. 165/2001, in conformità alle specifiche Linee Guida ANAC di cui alla determinazione n. 6 del 28.04.2015 ed alle disposizioni regionali di cui alla DGR X/4878 del 07.03.2016, mutuando il regolamento adottato da Regione Lombardia, l'Azienda con deliberazione n. 157 del 05.05.2016 ha approvato il proprio regolamento dal titolo "*Disciplina delle misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti*" e relativi allegati:

- sub A1) MODELLO PER LA SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE
- sub A2) INDICAZIONI OPERATIVE PER LA DENUNCIA DEL DANNO ERARIALE



Obiettivo della procedura in argomento, pubblicata sul sito internet istituzionale- Sezione Amministrazione Trasparente (<http://www.gpini.it/main-menu/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-corruzione/>) è quello di fornire al whistleblower chiare indicazioni operative circa l'oggetto, i contenuti, i destinatari, le modalità di trasmissione delle segnalazioni, le forme di tutela ad esso garantite.

Con riferimento alla procedura del *Whistleblowing*, per la segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti di questa Azienda, già nel 2014, veniva attivato apposito canale informatizzato dotato di casella di posta elettronica direttamente ed esclusivamente collegata al Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (trasparenzaeanticorruzione@asst-pini-cto.it) al quale i dipendenti possono inviare la denuncia - in forma riservata – per fatti illeciti di stampo corruttivo riscontrati in ambito aziendale.

Parallelamente all'utilizzo degli appositi canali interni (predisposti in via principale per la prevenzione e neutralizzazione di fenomeni di condotte illecite) - il pubblico dipendente può rivolgersi direttamente all'ANAC che ha istituito uno specifico protocollo riservato al fine di garantire la necessaria tutela del pubblico (comunicato ANAC del 9 gennaio 2015). La normativa di cui alla Legge 30 novembre 2017, n. 179 in materia di whistleblowing, modifica l'art.54 bis del D.Lgs 165/2001 di protezione del dipendente pubblico.

In particolare viene garantita una maggiore tutela e segretezza dell'identità del segnalante ed un rafforzamento del ruolo dell'Anac che, una volta accertata la responsabilità per atti discriminatori nei confronti del whistleblower, potrà sanzionare l'Ente pubblico.

La tutela viene estesa inoltre ai collaboratori o consulenti con qualsiasi tipologia di contratto e di incarico nella pubblica amministrazione o in enti privati sottoposti a controllo pubblico. Anche le segnalazioni anonime possono essere oggetto di valutazione se adeguatamente documentate.

Non solo chi denuncia non potrà essere sanzionato o licenziato, ma neanche trasferito o demansionato, a condizione che risulti in buona fede.

B) gli incarichi extra-istituzionali

La Legge n. 190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001.



Con riferimento alla disciplina degli incarichi extraistituzionali dei dipendenti affidati ai sensi dell'art.53 del D.Lgs. 165/2001, con deliberazione n. 611 del 14.12.2017 è stato adottato specifico Regolamento aziendale che ha recepito le indicazioni ARAC di cui ai pareri del 14.09.2017 e del 25.10.2017, in tema di sussistenza di potenziali conflitti di interessi e di assoggettamento a regime autorizzatorio degli incarichi, anche a titolo gratuito, che si sostanziano nella partecipazione, in qualità di relatore/moderatore/docente in attività di tipo scientifico/convegnistico organizzate e/o sponsorizzate da società o persone fisiche che svolgono attività d'impresa o commerciale, in particolar modo se risultanti fornitrici dell'Azienda.

Il regolamento:

- individua l'ambito di applicazione, tenuto conto delle specifiche fonti normative in materia di incarichi extraistituzionali del personale dipendente degli Enti pubblici del Servizio Sanitario;
- individua i casi di incompatibilità e di conflitto di interessi, anche potenziali;
- distingue gli incarichi extraistituzionali soggetti ad autorizzazione preventiva da quelli esercitabili solo previa comunicazione scritta;
- assoggetta a regime autorizzatorio e non già a comunicazione preventiva gli incarichi di cui all'art. 53, comma 6, lett. c) "*partecipazione a convegni e seminari*" dei dipendenti, in qualità di relatori/docenti/moderatori organizzati e/o sponsorizzati da provider o da società che svolgono attività di impresa o commerciale in favore dell'Azienda;
- definisce la procedura concernente la formulazione delle richieste secondo la modulistica (ALL. 1 e 2) allegata al regolamento, nonché i criteri di valutazione per il rilascio delle autorizzazioni medesime;
- descrive le sanzioni applicabili in caso di inosservanza degli obblighi in esso previsti.

C) disciplina sulla incompatibilità e sulla inconfiribilità

Con il Decreto Legislativo n. 39 dell'8.4.2013 il legislatore ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, disciplinando i casi di inconfiribilità e incompatibilità.



In particolare, l'ANAC con propria delibera n. 149 del 22 dicembre 2014, ha chiarito l'ambito di applicazione del decreto con riguardo al settore sanitario, disponendo che le ipotesi di inconferibilità o incompatibilità devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore socio sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore agli artt. 5, 8, 10 e 14 del predetto Decreto.

Al fine di assicurare il rispetto delle citate disposizioni, per i predetti incarichi, si prevede che all'atto del conferimento dell'incarico l'interessato dovrà sottoscrivere una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità e di incompatibilità.

Nel corso dell'incarico l'interessato dovrà presentare annualmente (entro il 31 dicembre di ogni anno) una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità.

Le predette dichiarazioni sono pubblicate sul sito web della ASST, ai sensi dell'art. 20, comma 3, D.lgs 39/2013.

Lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente, del funzionario o comunque del dipendente può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

D) Conflitto di interessi e obbligo di astensione

In virtù del nuovo art. 6-*bis* della legge n. 241/1990, delle disposizioni previste nel Codice di Comportamento Nazionale e di quelle contenute nel Codice di Comportamento dell'Azienda, il dipendente è tenuto ad astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività (compresa l'elaborazione di atti e pareri) che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di crediti o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente è tenuto ad astenersi in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.



La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al dirigente, il quale esamina le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte del dipendente.

La violazione delle disposizioni, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.

Saranno quindi intraprese adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse.

Anche nel 2018, l'Azienda aderirà all'iniziativa AGENAS per la compilazione on line della *Dichiarazione Pubblica di Interessi* da parte di tutti i Direttori di Struttura Complessa, i Dirigenti di Struttura Semplice, i Responsabili con poteri decisionali.

Si tratta di uno strumento di contrasto a potenziali eventi di rischio corruttivo che possono riguardare trasversalmente ambiti sanitari e/o amministrativi rendendo trasparenti e conoscibili le relazioni e/o interessi coinvolgenti i professionisti nell'espletamento di attività istituzionali e nell'assunzione di decisioni soprattutto in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

5.2 Monitoraggio dei tempi procedurali

Ai sensi dell'art. 1, comma 9 lett. d), della Legge n. 190/2012 il PTPC deve rispondere all'esigenza di monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei singoli procedimenti. Successivamente l'art. 35, comma 1, del D.Lgs. n.33/2013 ha disposto che le pubbliche amministrazioni pubblichino nella sezione «Amministrazione Trasparente» del sito internet i dati relativi alle tipologie di procedimento di propria competenza, riportando anche il termine per la conclusione dello stesso.



L' Allegato 1 del PNA individua, fra le misure obbligatorie, di carattere trasversale, che il PTPC deve contenere, il monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali; inteso come strumento attraverso il quale potrebbero emergere omissioni o ritardi sintomo dell'insorgenza di fenomeni corruttivi.

Il Responsabile Anticorruzione, **entro il 31 marzo di ogni anno**, acquisisce d'ufficio, da ciascun Dirigente Responsabile del settore a rischio corruzione, una dichiarazione sullo stato dei procedimenti amministrativi disposti nell'anno precedente attestante il rispetto del relativo termine di conclusione.

5.3 La rotazione del personale

Nell'ambito del PNA la rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore.

Il Responsabile Anticorruzione valuta di concerto con la Direzione Strategica e con i Dirigenti interessati eventuali modalità operative e procedure per la rotazione dei dirigenti e funzionari afferenti ai settori a maggior rischio corruzione, compatibilmente con le risorse umane disponibili, nel rispetto del CCNL di riferimento e degli obblighi di informativa sindacale.

Sui criteri di rotazione da declinare nel PTPC la Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 recita *“le amministrazioni devono dare preventiva e adeguata informazione alle organizzazioni sindacali, ciò al fine di consentire a queste ultime di presentare proprie osservazioni e proposte. Ciò non comporta l'apertura di una fase di negoziazione in materia.”*



L'applicabilità del principio di rotazione, sia per il personale dirigenziale che non dirigenziale, in ambito sanitario e, nel caso specifico, per un ospedale monospécialistico, rappresenta delle criticità peculiari in ragione delle competenze specifiche del personale nel settore clinico ma anche tecnico ed amministrativo

Nel 2018, i criteri di rotazione potrebbero eventualmente essere presi in considerazione solo a seguito dell'attuazione concreta del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2016-2018 in cui è stata prevista una rivisitazione dell'attuale assetto strutturale ed organizzativo aziendale sui tre presidi ospedalieri.

In ogni caso, ciascun Dirigente responsabile del settore a rischio corruzione, nell'impossibilità di adottare la rotazione come strumento di prevenzione della corruzione, provvede alla gestione del proprio personale adottando, nell'assegnazione delle pratiche, il criterio della rotazione c.d. "funzionale", ossia un'organizzazione del lavoro basata su una modifica periodica dei compiti e delle responsabilità affidati ai dipendenti, al fine di evitare l'instaurarsi di rapporti privilegiati soprattutto con i fornitori.

6. IL COORDINAMENTO TRA PTPC, PIANO DELLA PERFORMANCE E GLI ALTRI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

Anche il Piano di prevenzione della corruzione deve coordinarsi con gli altri strumenti di pianificazione e controllo, già in atto, per realizzare quel "ciclo integrato" che assicuri il miglioramento dell'*organizzazione del sistema aziendale*, integrando così la logica economico-finanziaria con le attività sanitarie, vale a dire:

- a) Il Piano della Performance (artt. 7-10 del D.Lgs. 150/2009)
- b) Il Piano di Audit 2018 (L. R. n. 17 del 4.6.2014 - DGR X/2989 del 23.12.2014)
- c) il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (P.I.M.O.) di cui alla DGR X/2989 del 23.12.2014 ed alla D.G.R. X/3652 del 05.06.2015.

a) Il Piano della Performance

La performance è un concetto che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, uppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle



finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali L'organizzazione è stata costituita.

Il Piano della Performance e la Relazione sulla Performance costituiscono documenti di valore strategico per la comunicazione, sia esterna che interna, finalizzata alla chiara condivisione degli obiettivi strategici e dei risultati ottenuti nonché dei criteri di valutazione del personale nell'ottica di sviluppare e migliorare il benessere organizzativo e la fiducia degli utenti.

Nel rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti in materia, si ritiene opportuno che il Piano della Performance contenga i seguenti punti in grado di garantire il minimo livello di informazione per quanto riguarda la trasparenza, la valutazione e il merito.

L'Azienda procederà ad inserire, negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del PTPC. In tal modo, le attività svolte dall'Amministrazione per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del PTPC vengono inserite in forma di obiettivi nel Piano sulla Performance nella duplice versione di:

➤ Performance organizzativa (art. 8 D.Lgs. 150/2009), con particolare riferimento:

- all'attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, nonché la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti;
- allo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione, al fine di stabilire quale miglioramento in termini di accountability riceve il rapporto con i cittadini dall'attuazione delle misure di prevenzione;

➤ Performance individuale (ex. art. 9 D.Lgs. 150/2009), con l'indicazione, nel Piano sulla Performance:

- degli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori, in particolare gli obiettivi assegnati al responsabile della prevenzione della corruzione, ai dirigenti apicali in base alle attività svolte ai sensi dell'art. 16, commi 1) bis, ter, quater, D.Lgs. 165/2001, nonché, sempre ai dirigenti, in base alla loro individuazione a referenti per la prevenzione della corruzione.



Dell'esito del raggiungimento di questi specifici obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione (e dunque dell'esito della valutazione della performance organizzativa e individuale) occorrerà dare specificamente conto nell'ambito della relazione della performance, dove, a consuntivo dell'anno precedente, l'Azienda dovrà verificare i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Le misure di prevenzione della corruzione di cui alla tabella di programmazione (ALL.1), gli obblighi di pubblicazione e di trasparenza definiti nel Piano (ALL.2), la partecipazione ad eventi formativi in materia di prevenzione della corruzione, la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative e regolamentari, rientrano tra gli adempimenti di tutti i Dirigenti delle Strutture aziendali, in particolar modo dei Responsabili dei settori a rischio corruzione e sono strettamente correlati con il c.d. Ciclo delle Performance così come ribadito nel PNA 2016.

Alla stregua di quanto sopra, il Ciclo annuale della Performance dovrà prevedere l'inserimento degli adempimenti in materia di trasparenza e legalità, sotto forma di indicatore di misurazione della performance individuale o di struttura per l'anno 2018.

7. TRASPARENZA

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”* ha previsto all'art. 1, commi 35 e 36 una delega legislativa per il riordino degli obblighi di pubblicità, di trasparenza, di diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

In attuazione di tale delega è stato emanato dal Governo il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33. Tale decreto, proprio attraverso una serie ampia di obblighi di pubblicità, mira a realizzare forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche (art. 1 del D.Lgs. 33 del 2013).

L'art. 3, comma 1, del D.Lgs. 33 del 2013 stabilisce che *«tutti i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblici»* e l'art. 7, comma 1, del medesimo decreto precisa che *«chiunque ha diritto di*



conoscerli, di fruirne gratuitamente e di utilizzarli e riutilizzarli» ai sensi della disciplina vigente.

La Trasparenza costituisce un importante strumento di prevenzione della corruzione con il quale negli ultimi anni, l'Azienda ha inteso realizzare i seguenti obiettivi:

1. l'accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sulle funzioni isituzionali e sull'utilizzo delle risorse;
2. la piena attuazione del *diritto alla conoscibilità* consistente nel diritto riconosciuto a chiunque di conoscere, fruire gratuitamente, utilizzare e riutilizzare documenti, informazioni e dati pubblicati obbligatoriamente;
3. il libero esercizio dell'*accesso civico* quale diritto riconosciuto a chiunque di richiedere documenti, informazioni e dati obbligatoriamente conoscibili qualora non siano stati pubblicati.

Il Decreto 97/2016 interviene sia sul Decreto 33/2013 in materia di trasparenza che sulla Legge 190/2012 e, in particolare, sulle disposizioni relative alla disciplina dei Programmi di prevenzione della corruzione nazionale e delle singole Amministrazioni.

Una delle novità più significative del nuovo Decreto è costituita dall'introduzione nel nostro ordinamento di un **accesso generalizzato** ai dati e ai documenti detenuti dalle PA, sul modello del Freedom of Information Act (FOIA) di origine anglosassone.

Il novellato art. 5 del Decreto 33/2013, prevede, infatti, *«la libertà di informazione attraverso il diritto di accesso, anche per via telematica, di chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni»*.

Si tratta di uno strumento profondamente innovativo, che si aggiunge all'accesso civico già previsto nel Decreto 33/2013, con cui viene assicurato il diritto di accesso da parte di qualunque cittadino o associazione a tutti gli atti, i documenti e le attività delle PA, senza motivazioni e senza che occorra la dimostrazione di un interesse attuale e concreto.



La norma indica gli elementi di massima delle procedure per la presentazione delle richieste e prevede, in caso di diniego, la possibilità di un riesame della decisione da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPCT).

Il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 recante *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza”* (*“Decreto Madia”*), ha apportato alcune modifiche ai primi 14 commi della Legge anticorruzione 190/2012 e al Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 *“Decreto Trasparenza”*.

Il Decreto Madia nel perseguire i seguenti obiettivi:

- ridefinizione dell’ambito di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza;
- previsione di misure organizzative per la pubblicazione di alcune informazioni e per la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti in capo alle PA;
- razionalizzazione degli obblighi di pubblicazione;

ha apportato significative modifiche al Decreto Trasparenza in tema di:

a) accesso civico

Il Decreto Madia conferma l’impostazione dell’art. 5 del Decreto Trasparenza di garantire a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, di poter accedere ai documenti della PA, fatto salvo il rispetto di alcuni limiti, introdotti nel Decreto Trasparenza e previsti all’articolo 5 bis, a tutela di interessi pubblici o privati di particolare rilevanza.

La disciplina dell’accesso civico dettata dal Decreto Trasparenza si differenzia dalla Legge 241/90 in materia di accesso ai documenti informativi, in quanto, per il Decreto Trasparenza la richiesta di accesso non richiede alcuna qualificazione e motivazione per cui il richiedente non deve dimostrare di essere *“titolare di un interesse diretto, concreto, e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l’accesso”*, ccontrariamente invece a quanto stabilito per l’accesso ai sensi della Legge 241/90 sul procedimento amministrativo.

Il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato entro trenta giorni dalla presentazione dell’istanza, con la comunicazione al richiedente ed ai controinteressati.



Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il suindicato termine, il richiedente può presentare richiesta di riesame al Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT), che deve decidere nel termine di 20 giorni. Avverso la decisione della PA competente o in caso di richiesta di riesame avverso la decisione del RPCT, il richiedente può proporre ricorso al TAR.

b) nuovi compiti dell'ANAC

Il Decreto Madia rafforza il poteri sanzionatori dell'ANAC (artt. 45-48 del D.Lgs 33/2013)

c) obblighi di pubblicazione in capo a ciascuna PA, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito istituzionale, concernenti:

1. i dati sui propri pagamenti, vale a dire (i) alla tipologia di spesa sostenuta, (ii) all'ambito temporale di riferimento, (iii) ai beneficiari (art. 4 bis Decreto Trasparenza);
2. l'indicazione espressa nel PTPC dei Responsabili tenuti alla trasmissione e la pubblicazione dei Documenti (art. 10 Decreto Trasparenza);
3. le misure integrative della corruzione ex art. 1 comma 2 bis della Legge Severino (art. 12 Decreto Trasparenza);
4. la possibilità di assolvere agli obblighi di pubblicazione delle banche dati mediante "rinvio", attraverso l'indicazione sul sito, nella sezione "Amministrazione trasparente", del collegamento ipertestuale alle stesse banche dati (art. 9 bis Decreto Trasparenza);
5. l'obbligo di indicare, sia in modo aggregato che analitico, negli atti di conferimento di incarichi dirigenziali e nei relativi contratti, gli obiettivi di trasparenza, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale; il mancato raggiungimento dei suddetti obiettivi determina responsabilità dirigenziale (art. 14 Decreto Trasparenza);
6. l'abrogazione dell'obbligo di pubblicare i provvedimenti di autorizzazione e concessione e quelli relativi a concorsi e procedure selettive per l'assunzione di personale e, con riferimento ai provvedimenti relativi alla scelta del contraente per l'affidamento dei lavori, forniture, o servizi e/o agli accordi stipulati dalla PA con soggetti privati o pubblici, viene eliminato l'obbligo di pubblicarne (i) il contenuto, (ii) l'oggetto, (iii) l'eventuale spesa prevista e (iv) gli estremi relativi ai principali



documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento (art. 23 Decreto Trasparenza).

d) responsabilità dirigenziale e sanzioni

Il Decreto Madia prevede specifiche ipotesi di responsabilità dirigenziale nei casi in cui siano violate le norme sulla trasparenza appena descritte e, nello specifico, quelle attinenti all'accesso civico e agli obblighi di pubblicazione, stabilendo che:

- il differimento e la limitazione dell'accesso civico sono idonei a dar luogo a responsabilità dirigenziale e responsabilità per danno all'immagine della PA;
- il potere di irrogare le relative sanzioni spetta all'ANAC e non più alla autorità amministrativa competente in base a quanto previsto dalla legge 689/1981;
- costituisce ipotesi di responsabilità in capo al dirigente la mancata effettuazione della comunicazione relativa agli emolumenti a carico della finanza pubblica e la mancata pubblicazione dei dati.

La trasparenza così come ribadito dall'ANAC anche nel nuovo PNA 2016 continuerà ad essere una delle misure di estrema importanza per la prevenzione della corruzione, strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

A tal proposito l'Autorità raccomanda a tutti gli altri soggetti destinatari dello stesso PNA 2016 di rafforzare tale misura nei propri PTPC anche oltre al rispetto di specifici obblighi di pubblicazione già contenuti in disposizioni vigenti.

Negli anni 2014-2015-2016-2017 la trasparenza dell'attività amministrativa, assicurata mediante la pubblicazione sul sito web istituzionale di dati e informazioni sulle attività e sull'organizzazione dell'Azienda, è stata certificata dall'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale in ottemperanza alle Delibere ANAC nn. 73/2013, 148/2014, 43/2016 e 236/2017.

Ai Responsabili di struttura compete la responsabilità dell'individuazione dei contenuti delle informazioni del programma trasparenza, l'attuazione delle relative previsioni ed in particolare la responsabilità della pubblicazione dei dati, atti e provvedimenti, di propria competenza, come di seguito specificato nel presente Programma e secondo le procedure organizzative di seguito definite. Infatti l'articolo 43 comma 3 del Decreto



Legislativo 33/2013 prevede che *“i dirigenti responsabili degli uffici dell’amministrazione garantiscano il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge”*.

Nella tabella (ALL.2) allegata al presente Piano anticorruzione, modificata solo relativamente ai nominativi dei Dirigenti subentrati, nel corso del 2017 ai dimissionari uscenti, quali Responsabili della individuazione e pubblicazione dei dati detenuti dagli Uffici da loro diretti, sono riportati i seguenti dati:

- nome della Sottosezione;
- la denominazione dei singoli obblighi;
- i contenuti dell’obbligo;
- il Responsabile della pubblicazione;
- la frequenza degli aggiornamenti.

Le date riportate in tabella rispondono alle normative vigenti e, ove queste non indicano una data specifica, sono state concordate fra il RPCT e i Direttori di Struttura Complessa responsabili della pubblicazione.

I predetti Responsabili di Struttura sono tenuti ad individuare, ed eventualmente elaborare i dati e le informazioni richieste, rispondono della mancata pubblicazione di tutti i dati di cui al predetto allegato e di tutti quelli previsti dalla normativa vigente in materia di Trasparenza.

Sulla base di quanto previsto dal D.Lgs. 33/2013, dalla Delibera CIVIT del 29.05.2013 nonché dalle Determinazioni ANAC n.12 del 28.10.2015 e n. 831 del 03.08.2016, nella Tabella – ALL. 2 del Piano, sono riportate le Sezioni e Sottosezioni in cui si articola la pagina internet dedicata all’*“Amministrazione trasparente”*.

Il Responsabile della pubblicazione risponde:

- a) della redazione dei documenti composti in forma tabellare da dati ricavati da più documenti;
- b) della qualità dei documenti (contenuto e formato aperto);
- c) della pubblicazione dei documenti nell’apposita sottosezione internet.



Responsabile della implementazione e della gestione tecnica della sezione “*Amministrazione Trasparente*” è il Dirigente/Referente dell’Ufficio Comunicazione dell’Azienda.

7.1 Accesso civico e accesso civico generalizzato

Il D. Lgs 25 maggio 2016 n. 97 ha apportato modifiche non solo alla disciplina del D.Lgs 33/13 in materia di trasparenza amministrativa, ma ha anche introdotto una forma di accesso il “*Freedom of information act*” (FOIA), il quale radica nel cittadino il diritto di accedere a qualunque atto o informazione detenuti da una P.A., a prescindere dalla dimostrazione di uno specifico interesse vantato (come invece richiesto nell’accesso tradizionale della Legge 241/90) e a prescindere dalla sussistenza dell’obbligo della sua pubblicazione (come invece previsto nell’accesso civico disciplinato nell’art. 5 del d.lgs. 33/2013).

Il nuovo istituto giuridico disciplinato all’articolo 5-bis del medesimo D.Lgs. 33/2013, denominato “*accesso civico generalizzato*” si differenzia da quello già esistente del diritto di accesso introdotto dalla Legge n. 241/90 in quanto più ampio e tendente ad accrescere il rapporto di fiducia tra cittadini e P.A., a promuovere il principio di legalità e di prevenzione della corruzione, riconoscendo a tutti i cittadini, indistintamente, il diritto di chiedere ed ottenere che le PP.AA. pubblichino atti, documenti ed informazioni che detengono a qualsiasi titolo, e che, per qualsiasi motivo, non abbiano pubblicato sul proprio sito, fatto salvo il rispetto di alcuni limiti inderogabili indicati sempre nell’art.5 bis del riformulato D.Lgs. 33/13, rappresentati dalla tutela degli interessi pubblici e dalla tutela di una serie di interessi privati.

In ottemperanza a quanto previsto dagli articoli 5 e 43 (comma 5) del D. Lgs. 33 del 14/03/2013, in tema di accesso civico sono attive le caselle di posta elettronica: trasparenzaeanticorruzione@asst-pini-cto.it o protocollo@pec.asst-pini-cto.it

Ai sensi dell’art. 6, comma 1, D.Lgs. n. 97/2016, l’istanza di accesso che non richiede motivazione, può essere trasmessa per via telematica e presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- a) all’ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- b) all’Ufficio relazioni con il pubblico;



- c) ad altro ufficio indicato dall'amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale;
- d) al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del presente Decreto.

Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

L'ANAC con Delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016 ha adottato le Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013.

Con deliberazione n.610 del 14.12.2017 l'Azienda ha provveduto all'adozione del regolamento sull'accesso dettando una disciplina che fornisce un quadro organico e coordinato i profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso nonché i rispettivi limiti di applicazione.

In particolare, il regolamento prevede:

1. una sezione dedicata alla disciplina dell'accesso documentale (L. n.241/90 e s.m.i.);
2. una seconda sezione dedicata alla disciplina dell'accesso civico ("semplice") connesso agli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 33/2013;
3. una terza sezione dedicata alla disciplina dell'accesso generalizzato di cui all'art 5, comma 2 del D.Lgs 33/2013, come modificato dal D.Lgs 97/2016.

Tale ultima sezione disciplina gli aspetti procedurali interni per la gestione delle richieste di accesso generalizzato, provvedendo:

- a) ad individuare gli uffici competenti a decidere sulle richieste di accesso generalizzato;
- b) ad utilizzare la modulistica inerente le specifiche richieste;
- c) a disciplinare la procedura per la valutazione caso per caso delle richieste di accesso.

Il regolamento prevede, nel caso di accesso civico o accesso generalizzato, la possibilità di presentare istanza di accesso via mail ai seguenti indirizzi: protocollo@pec.asst-pini-cto.it o trasparenzaeanticorruzione@asst-pini-cto.it.