PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT)

(2022-2024)

INDICE

SEZIONE PRIMA: PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

1. SCOPO
2. OBIETTIVI
3. RIFERIMENTI NORMATIVI
4. TERMINI E DEFINIZIONI
5. I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
6. IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI
7. ANALISI CONTESTO ESTERNO
   - 7.1 AMBITO TERRITORIALE
   - 7.2 L'OFFERTA SANITARIA
   - 7.3 GESTIONE DELLA PANDEMIA DA SARS-COV-2
   - 7.4 RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ
   - 7.5 PORTATORI DI INTERESSI (STAKEHOLDER)
   - 7.6 IL RAPPORTO CON IL MONDO DEL VOLONTARIATO: LE ONLUS E LE ASSOCIAZIONI
8. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO
   - 8.1 L'AZIENDA IN NUMERI
   - 8.2 RISORSE UMANE
   - 8.3 VOLUMI DI ATTIVITÀ
9. IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE
   - 9.1 LA MAPPATURA DEI PROCESSI
   - 9.2 LE AREE DI RISCHIO
   - 9.3 IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI
   - 9.4 ANALISI DEL RISCHIO
   - 9.5 INDIVIDUAZIONE AREE A RISCHIO CORRUZIONE
   - 9.6 TRATTAMENTO DEL RISCHIO
   - 9.7 MONITORAGGIO E RIESAME
10. MISURE GENERALI ATTUATIVE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
11. COORDINAMENTO CON IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE
12. PIANO DI FORMAZIONE
13. WHISLTEBLOWING
14. SISTEMA DISCIPLINARE: IL CODICE DI COMPORTAMENTO
15. MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO
    - 15.1 IL PIANO DI AUDIT

SEZIONE SECONDA: TRASPARENZA

INTRODUZIONE

1. ACCESSO AI DATI, ALLE INFORMAZIONI E AI DOCUMENTI
2. RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE E DELL'AGGIORNAMENTO DEI DATI, DELLE INFORMAZIONI E DEI DOCUMENTI
3. QUALITÀ DELLE INFORMAZIONI
4. DURATA E DECORRENZA DELL'OBBLIGO DI PUBBLICAZIONE
5. PROTEZIONE DATI PERSONALI
6. PROCEDURA DI ALIMENTAZIONE SEZIONE AMMINISTRAZIONE
7. MONITORAGGIO E VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ
8. ACCESSO DOCUMENTALE, ACCESSO CIVICO SEMPLICE E ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

ALLEGATI

ALLEGATO 1 REGISTRO DEI PROCESSI, DEI RISCHI CORRUTTIVI, DELLE MISURE PREVENTIVE

ALLEGATO 2 TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

SEZIONE PRIMA: PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

1. SCOPO

Il **PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT)** è lo strumento attraverso il quale l'ASST G. Pini -CTO rende sistematico il processo di prevenzione del fenomeno corruttivo, ne descrive la strategia ed il programma delle attività volte a verificare l'efficacia delle misure adottate.

2. OBIETTIVI

Con il presente Piano, l'ASST intende perseguire i seguenti obiettivi:

- garantire una risposta sistemica ai fenomeni di *malagestio* attraverso un'integrazione sempre più penetrante del sistema di gestione dei rischi corruttivi con gli altri strumenti aziendali di pianificazione, programmazione, valutazione e controllo interno;
- implementare il percorso di coordinamento degli obiettivi di performance agli indicatori di attuazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo;
- potenziare il livello di digitalizzazione dei processi al fine di garantire maggiore tracciabilità, trasparenza e conoscibilità degli stessi;
- promuovere le iniziative formative per diffondere la cultura della legalità e della trasparenza.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

DISCIPLINA NAZIONALE

D.LGS. 30 DICEMBRE 1992, N. 502 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23.1.1992, n. 421"* e successive modifiche e integrazioni;
D.LGS. 30 MARZO 2001, N. 165 *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"* e successive modifiche e integrazioni;
D.LGS 27 OTTOBRE 2009, N. 150 *"Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"* e successive modifiche e integrazioni;
L. 6 NOVEMBRE 2012, N. 190 *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"* e successive modifiche e integrazioni;
D. LGS. 14 MARZO 2013, N. 33 *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"* e successive modifiche e integrazioni;
DPR 16 APRILE 2013, N. 62 *"Regolamento recante codice* di *comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 53 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165"*;
D.LGS 8 APRILE 2013 N. 39 *"Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190";*
D.LGS 18 APRILE 2016, N. 50 *"Nuovo Codice dei Contratti Pubblici"* che si collega al tema della prevenzione della corruzione in quanto l'affidamento dei contratti pubblici rappresenta una delle aree a maggior rischio corruzione e presenta inoltre importanti novità che riguardano l'ambito della trasparenza;
LEGGE 30 NOVEMBRE 2017. N. 179 *"Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato";*
CODICE PENALE – Libro II "Dei Delitti in particolare", Titolo II, III e VII.

DISCIPLINA REGIONALE

L.R. 30 DICEMBRE 2009, N. 33 *"Testo unico delle Legge Regionali in materia di sanità"* e successive modifiche ed integrazioni;
DGR N. IX/2524 DEL 24.11.2011 *"Vigilanza e controllo sugli Enti del Sistema Regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 1bis e 5quater LR 27 dicembre 2006, n. 30";*
DECRETO REGIONALE N. 2822 DEL 3.4.2013 *"Approvazione del Manuale di Internal Auditing della UO Sistema dei Controlli e Coordinamento Organismi Indipendenti";*
DGR N. XI/1751/2019 *"Patto d'integrità in materia di contratti pubblici regionali";*
L.R. 4 GIUGNO 2014, N. 17 *"Disciplina del Sistema dei Controlli Interni ai sensi dell'art. 58 dello Statuto d'Autonomia";*
L.R. 17 MARZO 2016, N. 5 *"Disposizione per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione* regionale" (pubblicata sul BUR.L. n. 11, supplemento del 18 marzo 2016) di istituzione dell'**AGENZIA REGIONALE ANTI CORRUZIONE (ARAC)** e successive modifiche ed integrazioni (LR 5 agosto 2016, n. 19);
L.R. 20 LUGLIO 2016, N. 17 *"Disciplina per la trasparenza dell'attività di rappresentanza di interessi nei processi decisionali pubblici presso il Consiglio Regionale";*
DGR N. X/4878 DEL 07.03.2016 *"Piano straordinario anticorruzione - disciplina per l'attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (whistleblower) per gli enti di cui all'all. a1 della LR 30/2006";*
DGR N. X/5661 DEL 3.10.2016 *"Determinazioni in ordine alle procedure di controllo interne alla Direzione Generale Welfare nell'ambito del sistema sociosanitario lombardo";*
DGR N. X/6062 DEL 29.12.2016 *"Approvazione nuovo codice di comportamento per il personale della Giunta di Regione Lombardia";*
L.R. 28 SETTEMBRE 2018 N.13: *Istituzione dell'Organismo regionale per le attività di controllo con la quale viene istituito l'Organismo regionale per le Attività di Controllo (ORAC) che accorpa le funzioni dell'Agenzia Regionale Anticorruzione (ARAC) di cui alla L.R. n. 5/2016, del Comitato Regionale per la Legalità e la Trasparenza dei Contratti del Comitato dei Controlli di cui all'art. 20 della L.R. n. 20/2008.*

CIRCOLARI, DELIBERE E DETERMINAZIONI. LINEE GUIDA

CIRCOLARE DIPARTIMENTO FUNZIONE PUBBLICA 25 GENNAIO 2013, N. 1 *"Legge n. 190/2012 Disposizione per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*;
DELIBERA ANAC 7 OTTOBRE 2014, N. 144 *"Obblighi di pubblicazione concernenti gli organi di indirizzo politico nelle pubbliche amministrazioni"*;
DELIBERA ANAC 22 DICEMBRE 2014, N. 149 *"Interpretazione e applicazione del Decreto Legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario"*;
DELIBERA ANAC 21 GENNAIO 2015, N. 10 *"Individuazione dell'Autorità Amministrativa competente all'erogazione delle sanzioni relative alla violazione di specifici obblighi di trasparenza (art. 47 D.Lgs. 33/2013)"*;
DETERMINAZIONE ANAC 28 APRILE 2015, N. 6 *"Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. Whistleblower)";*
DETERMINAZIONE ANAC 28 OTTOBRE 2015, N. 12 *"Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione"*;
DELIBERA ANAC 3 AGOSTO 2016, N. 831 *"Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016"*;
DELIBERA ANAC 22 NOVEMBRE 2017, N. 1208 *"Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione"*;
LINEE GUIDA ANAC *specifiche per materia.*

DELIBERA ANAC 5 GIUGNO 2019, N. 494 *"Linee Guida n. 15 recanti «Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici»;*

DELIBERA ORAC N. 18 DEL 21.12.2020 *"Approvazione della relazione finale dell'obiettivo 9 del Piano annuale di attività 2020 - Pianificazione delle attività relativamente alle funzioni di cui all'art. 3, comma 1 lett. a), l.r. 13/2018. Verifica in materia di attività libero professionale (ALPI) e gestione delle liste di attesa";* **DELIBERA ORAC 5 GIUGNO 2019, N. 494** *"Linee Guida n. 15 recanti «Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici»;*

DELIBERA ORAC N. 18 DEL 21.12.2020 *"Approvazione della relazione finale dell'obiettivo 9 del Piano annuale di attività 2020 - Pianificazione delle attività relativamente alle funzioni di cui all'art. 3, comma 1 lett. a), l.r. 13/2018. Verifica in materia di attività libero professionale (ALPI) e gestione delle liste di attesa";*

DELIBERA ORAC N. 15 DEL 07.12.2020 *"Approvazione della relazione finale dell'obiettivo 11 del Piano annuale di attività 2020 - Pianificazione delle attività relativamente alle funzioni di cui all'art. 3, comma 1 lett. h), l.r. 13/2018. Rete degli Uffici di Internal Auditing. Mappatura e prime indicazioni".*

DELIBERA ORAC N. 24 DEL 13.12.2021 *"Approvazione dei documenti relativi al monitoraggio delle raccomandazioni espresse da ORAC per gli Enti Sanitari in materia di erogazioni liberali nel periodo emergenziale e sul regolamento per le donazioni - obiettivo 1 del piano delle attività 2021 dell'Organismo regionale per le attività di controllo";*

DELIBERA ORAC N. 15 DEL 07.12.2020 *"Approvazione della relazione finale dell'obiettivo 11 del Piano annuale di attività 2020 - Pianificazione delle attività relativamente alle funzioni di cui all'art. 3, comma 1 lett. h), l.r. 13/2018. Rete degli Uffici di Internal Auditing. Mappatura e prime indicazioni".*

DELIBERA ORAC N. 24 DEL 13.12.2021 *"Approvazione dei documenti relativi al monitoraggio delle raccomandazioni espresse da ORAC per gli Enti Sanitari in materia di erogazioni liberali nel periodo emergenziale e sul regolamento per le donazioni - obiettivo 1 del piano delle attività 2021 dell'Organismo regionale per le attività di controllo".*

DELIBERAZIONI GIUNTA REGIONALE IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO (C.D. REGOLE DI SISTEMA) – ESERCIZIO 2022: DGR N. X/5832 DEL 29.12.2021 *"DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI OBIETTIVI DELLE AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE (A.T.S.), DELLE AZIENDE SOCIO SANITARIE TERRITORIALI (A.S.S.T.) E DELL'AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA (A.R.E.U.) – ANNO 2022".*

PIANI NAZIONALI ANTICORRUZIONE

DETERMINAZIONE ANAC 28 OTTOBRE 2015, N. 12 *"Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione".*

DELIBERA ANAC 3 AGOSTO 2016, N. 831 "*Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016***"**

DELIBERA ANAC 13 NOVEMBRE 2019, N. 1064 "Piano Nazionale Anticorruzione 2019".

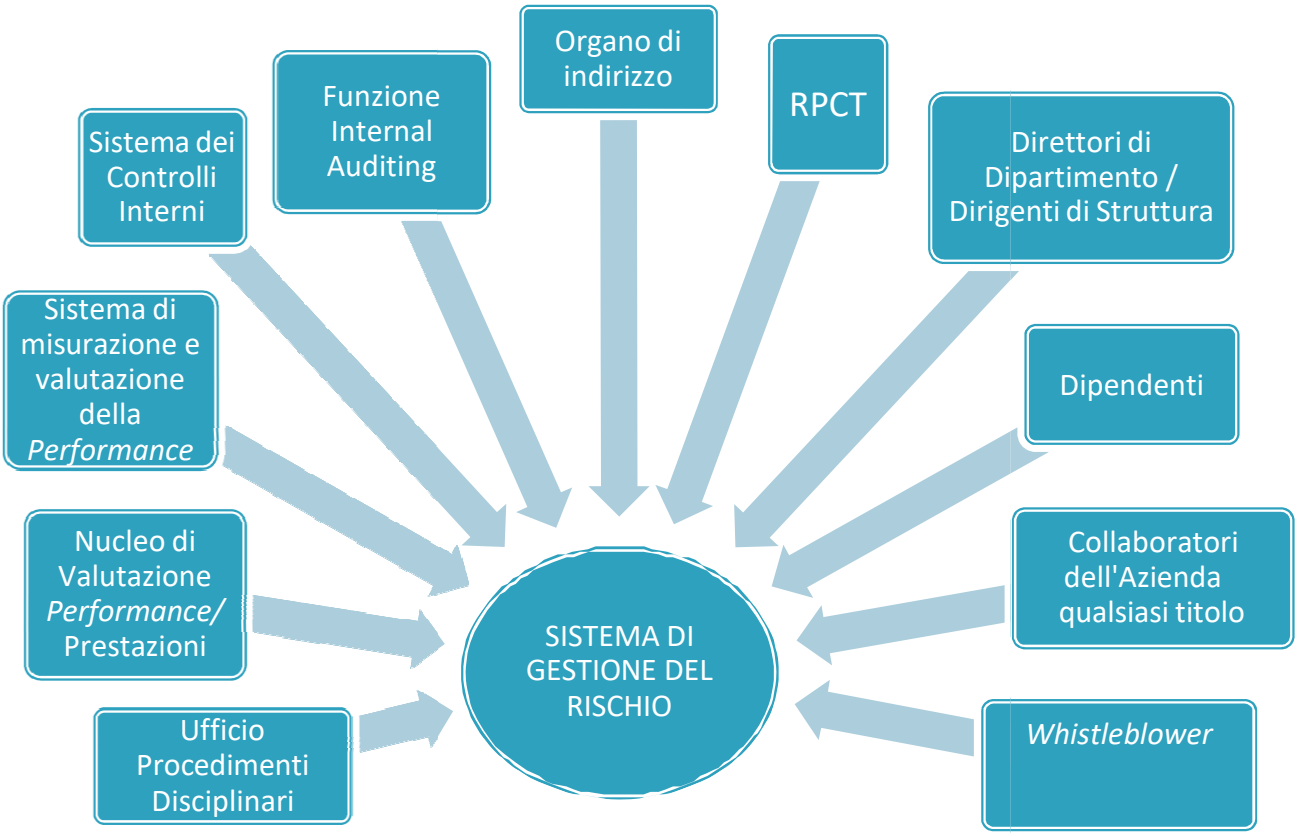
4. TERMINI E DEFINIZIONI

Ai fini del presente Piano, si applicano i termini e le definizioni seguenti:

CORRUZIONE	Si richiama la definizione del fenomeno contenuta nel PNA 2019 di cui alla deliberazione n. 1064/2019: *"non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "maladministration", intesa come assunzione di decisioni (di assetto, di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) derivanti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse."*
ORGANIZZAZIONE	Il concetto "Organizzazione" comprende l'Azienda nel suo complesso e le sue articolazioni organizzative.
CONTESTO DELLA ORGANIZZAZIONE	Combinazioni di fattori interni ed esterni che possono avere un'influenza sull'approccio dell'Organizzazione per sviluppare e conseguire i propri obiettivi.

PARTI INTERESSATE	Soggetti diversi con i quali l'ASST si trova a gestire, anche per un singolo processo, una pluralità di relazioni e che interagiscono tra loro e si muovono per il perseguimento dei propri obiettivi.
SISTEMA DI GESTIONE	Insieme di elementi collegati o interagenti dell'Organizzazione finalizzato a stabilire orientamenti, indirizzi, obiettivi e processi per conseguire tali obiettivi.
PROCESSO	Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano un elemento di ingresso in un prodotto/servizio/prestazione finale.
RISCHIO	Effetto dell'incertezza. Il rischio è espresso in termini di combinazione delle conseguenze di un evento e della probabilità associata al suo verificarsi.
FATTORE ABILITANTE	Fattori di contesto che agevolano il verificarsi di fatti o comportamenti corruttivi
EFFETTO	Per effetto si intende uno scostamento da quanto atteso. L'incertezza è lo stato, anche parziale, di carenza di informazioni relative alla comprensione o conoscenza di un evento, delle sue conseguenze o della loro probabilità.

5. I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE



FUNZIONE	DESCRIZIONE
DIRETTORE GENERALE	- Individua, di norma, tra i dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività (art. 1, comma 7, della L. n. 190/2012); - definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (ART. 1, COMMA 8, L. N. 190/2012); - adotta il PTPC e i suoi aggiornamenti e ne cura la pubblicazione sul sito internet aziendale; - riceve la relazione annuale del RPCT sull'attività svolta; - riceve le segnalazioni del RPCT su eventuali disfunzioni riscontrate sull'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza
DIREZIONE STRATEGICA	Il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Socio Sanitario nella formulazione degli obiettivi strategici per la realizzazione del sistema di gestione del rischio di corruzione e nella promozione della cultura della legalità. La Direzione strategica in carica è stata designata per il periodo 19.04.2022- 18.04.2024
RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)	Funzione in staff al Direttore Generale: - elabora la proposta di PTPCT(ART. 1, COMMA 8, L. N. 190/2012) che sottopone all'approvazione della Direzione Generale, entro il 31 gennaio di ogni anno (o diversa scadenza fissata da ANAC); - verifica e vigila sul funzionamento e attuazione del predetto Piano (ART. 1, COMMA 10, LETTERA A), L. N. 190/2012); - individua con i Dirigenti interessati, del personale dipendente da inserire nei programmi di formazione; - verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (ART. 1, COMMA 10, LETTERA B) L. N. 190/2012);

	- vigila sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al D.Lgs. n. 39/2013; - verifica sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs 97/2016, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate; - cura la gestione dell'istituto dell'accesso civico, per la parte di pertinenza, e gli adempimenti relativi alla sezione "Amministrazione Trasparente", in raccordo con le strutture competenti per materia (ART. 5, COMMA 3), LETTERA B), D.LGS 33/2013 e smi); - segnala all'Organo di vertice e all'Organismo Indipendente di Valutazione (ovvero struttura analoga di valutazione) eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza indicando, altresì, agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare, i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione (ART. 1, COMMA 7, DELLA L. N. 190/2012); - entro il 15 dicembre di ogni anno, trasmette all'Organismo indipendente di valutazione e all'organo di indirizzo dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito web dell'amministrazione (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012); - ai sensi della L. 179/2017, in tema di whistleblowing è unico destinatario all'interno dell'Azienda, di segnalazioni di illeciti/irregolarità. La Delibera ANAC n. 840/2018 chiarisce il perimetro dei poteri del RPCT tenuto alla "*predisposizione di adeguati strumenti interni all'Amministrazione per contrastare l'insorgenza dei fenomeni corruttivi. Tali poteri si inseriscono e vanno coordinati con quelli di altri organi di controllo interno, al fine di ottimizzare, senza sovrapposizioni o duplicazioni, l'intero sistema di controlli previsti nelle amministrazioni. È escluso che al RPCT spetti accertare responsabilità e svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile*". Attualmente la dott.ssa Marilena Moretti riveste, ad interim, la funzione di Responsabile aziendale della Funzione Anticorruzione, Trasparenza e Internal Auditing in sostituzione del titolare, assente dal servizio.
DIRETTORI DI DIPARTIMENTO E DIRIGENTI DI STRUTTURA	- Svolgono attività informativa nei confronti del R.PCT e dell'autorità giudiziaria (art. 16 D.lgs. n.

	165/2001; art. 331 c.p.p.); - partecipano al processo di gestione del rischio (art. 1, comma 9, lettera a, L. 190/2012); - forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (art. 16 ter D.lgs. n. 165/2001); - provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (art. 16 quater D.lgs. n. 165/2001); - assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione (art. 54 D.lgs. 165/2001); - adottano le misure di prevenzione e le opportune misure gestionali (disciplinari, organizzative, etc.) e assicurano l'osservanza del piano (art. 1, comma 9, L. 190/2012).
GRUPPO DI SUPPORTO ANTICORRUZIONE	- Svolge 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.); - propone misure di prevenzione (art. 16 D.Lgs. n. 165/2001); - assicura l'osservanza del Codice di comportamento aziendale e verifica le ipotesi di violazione. Costituito con deliberazione n. 132/2014, integrato con successiva deliberazione n.160/2015, il team multidisciplinare di supporto alla Funzione Internal Auditing è formato da figure professionali interne di area tecnico-amministrativa e sanitaria, in un'ottica di gestione integrata del rischio.
REFERENTI DEL RPCT	Identificati nei Dirigenti Responsabili di tutte le strutture e/o articolazioni aziendali, per le attività di rispettiva competenza, procedono a: - segnalare tempestivamente al RPCT eventuali criticità rilevate in merito all'assolvimento degli obblighi previsti nel PTPCT ed in materia di trasparenza ed accesso civico proponendo le misure correttive;

	- assicurare piena attuazione delle misure di prevenzione e della trasparenza del PTPCT; - verificare l'attuazione del Piano, nonché proporre la modifica dello stesso in occasione di ogni aggiornamento annuale e qualora siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione; - realizzare misure volte alla rotazione del personale nelle aree preposte allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione; - individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione; - assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa, individuando, altresì, eventuali ulteriori obblighi di trasparenza rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.
COLLEGIO DI DIREZIONE	- 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. Rinnovato con deliberazione n.119 del 31.03.2016.
UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)	- Svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis Decreto Legislativo n. 165/2001); - provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 1, comma 3, Legge n. 20/1994; art. 331 c.p.p.);

	- propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento (art. 54 D.lgs. 165/2001, come modificato dall'art. 44 L. 190/2012); - garantisce la trasmissione delle informazioni necessarie al RPCT per la redazione della relazione annuale. Con deliberazione n. 419 del 02.09.2021 l'UPD è stato ricostituito quale organo collegiale per le violazioni dal personale dell'area del Comparto e della Dirigenza.
DATA PROTECTION OFFICER (D.P.O.)	Ha il compito principale di valutare e organizzare la gestione del trattamento dei dati personali all'interno dell'Azienda, affinché siano trattati nel rispetto della normativa europea e nazionale vigente in materia. Attuale D.P.O. aziendale: LTA srl - Responsabile alla Protezione dei Dati (RPD): dott. Luigi Recupero (dati di contatto RPD: protocollo@pec.asst-pini-cto.it).
GESTORE DELLE SEGNALAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO	Gestore delle segnalazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo, identificato dall'ASST nel Responsabile della Funzione Trasparenza Anticorruzione e Internal Auditing. Il predetto Gestore è tenuto a comunicare all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF) della Banca d'Italia dati ed informazioni concernenti operazioni ritenute sospette di riciclaggio.
DIPENDENTI DELL'AZIENDA	- Partecipano al processo di analisi del rischio; - osservano le misure contenute nel PTPC (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012); - segnalano casi di personale conflitto di interesse (art. 6 bis L. n. 241/1990; artt. 6 e 7 Codice di Comportamento generale e aziendale) e segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD (art. 54 bis del D.lgs. n. 165/2001).
COLLABORATORI, A QUALSIASI TITOLO, DELL'AZIENDA	- Osservano le misure contenute nel PTPC (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012) e nel Codice di Comportamento aziendale; - segnalano le situazioni di illecito (art. 8 Codice di Comportamento Generale e Aziendale).
SOGGETTI ESTERNI	Cittadini, Organizzazioni portatrici di interessi collettivi, Organizzazioni non governative, Organizzazioni Sindacali, coinvolti nella strategia anticorruzione, attraverso la partecipazione attiva, anche in via telematica, all'aggiornamento del Piano annuale di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

6. Il Sistema dei Controlli Interni

Il Sistema dei Controlli Interni è il complesso degli strumenti operativi e gestionali finalizzato a garantire il raggiungimento efficace ed efficiente degli obiettivi dell'organizzazione nonché prestazioni e servizi sociosanitari appropriati.

Un primo livello di controllo interno, affidato ai responsabili dei diversi processi e volto a valutare che l'azione amministrativa si svolga conformemente alle disposizioni normative di riferimento, è affiancato da ulteriori autonomi strumenti in grado di identificare ed eventualmente correggere i rischi (strategici, di processo e/o informativi) dell'organizzazione, contribuendo così, in definitiva, al buon andamento dell'azione amministrativa.

Di seguito gli Organi di controllo esterno e le strutture interne deputati alle attività di controllo, sinteticamente riportate:

FUNZIONE	DESCRIZIONE
Collegio Sindacale	Garantisce la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa. Rinnovato con deliberazione n. 365 del 14.06.2019.
Nucleo di Valutazione delle *Performance*	- Verifica la coerenza del Piano annuale anticorruzione con gli altri documenti di programmazione aziendale, soprattutto con il Piano della performance, e la correlazione degli indicatori agli obiettivi in tema di anticorruzione e trasparenza (art. 1, comma 8 bis, L. 190/2012); - richiede al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo, anche attraverso l'audizione di dipendenti (art. 1, comma 8bis, L. 190/2012); - riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di corruzione e di trasparenza (art. 1, comma 8bis, L. 190/2012); - verifica l'attuazione degli obblighi di pubblicazione ai fini della misurazione e valutazione delle performance organizzativa ed individuale; - riceve dal RPCT la relazione annuale sull'attività volta (art. 41, co. 1, lett. l) del D.Lgs. 97/2016); - esprime preventivo parere obbligatorio sul Codice Comportamentale. Rinnovato con deliberazione n. 391 del 29.07.2021.
UOS Controllo di gestione e programmazione dell'ASST	Verifica l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare il rapporto tra

	costi e risultati, anche attraverso interventi di correzione.
SERVIZIO ISPETTIVO AZIENDALE	Effettua verifiche, a campione, sulle incompatibilità lavorative e sulla sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità da parte del personale dipendente e convenzionato. Con deliberazioni n. 658/2018 è stato approvato il Regolamento di funzionamento e con deliberazione n. 114/2019 si è ricostituita la Commissione ispettiva.
RESPONSABILE INTERNAL AUDIT (RIA)	Funzione in staff al Direttore Generale, verifica: - l'efficacia ed efficienza della gestione; - la conformità alle normative. Individuato nella figura del Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Si avvale di un Gruppo di lavoro a valenza multidisciplinare (costituito con delib. n. 499 dell'11.11.2015) con il compito di supporto al RIA nella fase di risk assessment e negli audit.
GESTORE DELLE COMUNICAZIONI DI OPERAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO ALLA UIF	Gestisce le segnalazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo. Identificato nel Responsabile della Funzione Trasparenza Anticorruzione e Internal Auditing. Il predetto Gestore è tenuto a comunicare all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF) della Banca d'Italia dati ed informazioni concernenti operazioni ritenute sospette di riciclaggio.
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (DPO) **(REG. UE N. 2016/679)**	Valuta e organizza la gestione del trattamento dei dati personali aziendali nel rispetto della normativa vigente in materia. D.P.O.: LTA srl - Responsabile alla Protezione dei Dati (RPD): dott. Luigi Recupero (dati di contatto RPD: protocollo@pec.asst-pini-cto.it).
RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)	Provvede alla compilazione ed aggiornamento, almeno annuale, presso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici dell'ANAC, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante (Comunicato ANAC 28.10.2013). Individuato nella persona del Direttore UOC Acquisti e Logistica, designato con deliberazione n. 397 del 05.08.2021.
SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ	Implementazione, supporto e verifica delle procedure aziendali di sistema, operative e di processo, con le singole UOC dell'Azienda, attraverso il monitoraggio periodico dei relativi indicatori integrati con i sistemi di

	valutazione regionali.
SISTEMA DI RISK MANAGEMENT	Implementazione, a livello aziendale, delle best practice in tema di sicurezza dell'operatore/paziente, in linea con quanto previsto dalle specifiche Linee Guida Regionali sul Risk Management. Analisi e monitoraggio della rischiosità aziendale con specifico riferimento ai dati ed agli indicatori regionali di benchmarking sul rischio, agli eventi sentinella e all'incident reporting dell'Azienda.
RESPONSABILE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (SPP)	Collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi previsti dalla specifica normativa e con il Medico competente, secondo quanto previsto dall'art. 29, comma 1, del D. Lgs. n. 81/2008.

7. ANALISI CONTESTO ESTERNO

Le informazioni di seguito riportate descrivono le caratteristiche del contesto esterno all'ASST, strumentali alla conoscenza delle dinamiche sociali, culturali e territoriali che possono influire sulle attività istituzionali e sulla loro esposizione al rischio corruttivo.
Come si evince dal "*Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia*" a cura dell'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano (anno 2018), il Sistema sanitario lombardo, nell'ultimo decennio, è oggetto di attenzione da parte degli interessi mafiosi.
Nella Regione Lombardia, le organizzazione mafiose hanno mostrato di voler cogliere e sfruttare l'ampio orizzonte di opportunità economiche, sociali e "*impunitarie*" che il settore offre.
La Sanità lombarda costituisce un settore pregiato e di eccellenza di una delle Regioni più progredite e ricche d'Europa.
Un settore dinamico e punto di riferimento per gli utenti di ogni Regione d'Italia, beneficiario di risorse ingenti, pubbliche e private.
In questo contesto, le sfide poste dall'emergenza Covid-19, in particolare per ciò che concerne la gestione dei fondi stanziati dall'Europa per la ripresa economica, possono mettere a rischio gli importanti risultati conseguiti, far abbassare il livello di attenzione verso il fenomeno corruttivo a cui è necessario porre rimedio attraverso tempestivi e adeguati presidi di trasparenza e anticorruzione.

I fattori di rischio che espongono la Sanità a episodi corruttivi e che riguardano, in sé, la struttura e l'organizzazione del settore sanitario come pure la sfera dei comportamenti soggettivi, ossia quelle disfunzionalità etico-deontologiche che ciclicamente trovano spazio nelle professioni mediche e che concorrono alla creazione di un sostrato di potenziale permeabilità a condizionamenti illegali, si possono distingue in 5 livelli.

1. Il primo è di *natura politica*. Se da un lato è innegabile l'esistenza di un rapporto di necessità tra sanità e politica – e d'altronde non si avrebbe un sistema sanitario pubblico senza un intervento della politica – dall'altro il timore di un superamento dei corretti confini di indirizzo e controllo da parte della politica appare fondato in contesti che siano segnati da precarietà dello spirito pubblico.
2. Il secondo, *di natura legislativa*, comprende invece i fattori di rischio impliciti nelle normative, nazionali e regionali, che regolano il settore. Tra questi, il più evidente è rappresentato dalle nomine politiche regionali dei direttori generali delle Aziende Sanitarie introdotte dalla Legge di riforma 229/99, le quali possono talora costituire il frutto di negoziazioni improprie tra interessi interni o esterni al sistema. Uno specifico fattore di rischio risiede nella normativa regolatrice degli appalti pubblici, attraverso cui politici e imprenditori di diversa natura - dagli addetti alla fornitura di strumentazioni mediche al servizio della mensa o della pulizia dei locali sanitari, possono intrattenere una relazione di scambio reciprocamente vantaggiosa.
3. Il terzo livello è di *natura tecnico-scientifica*. Condotte illegali all'interno del sistema sanitario possono essere favorite dalla complessità che notoriamente caratterizza il settore, da cui derivano relazioni e scambi fondati su una fisiologica asimmetria informativa che pongono alcuni interlocutori (medici, case farmaceutiche…) in condizione di conflitto di interessi. Ne sono esempi il rapporto

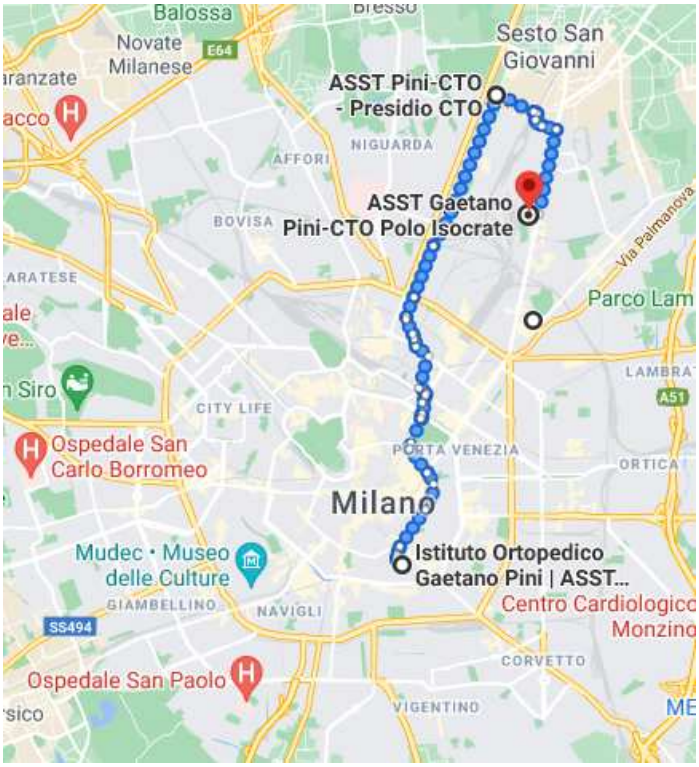
che lega il paziente, debole e poco informato, al medico che agisce in sua vece determinando sia la domanda sia l'offerta sanitaria.

4. Il quarto livello attiene invece alla specifica *cultura ambientale* che caratterizza il settore sanitario. Secondo alcune ricerche in materia di corruzione e malasanità, nel contesto italiano un atteggiamento di chiusura si è progressivamente esteso a tutti i livelli delle occupazioni medico-sanitarie, spesso restie a denunciare irregolarità procedurali e deontologiche verificatesi all'interno di strutture sanitarie pubbliche e private.
5. Infine, il quinto e ultimo livello è di *natura logistico-organizzativa* e comprende le inefficienze amministrative che sono spesso attribuite ad alcuni sistemi sanitari regionali, le quali possono indirettamente agevolare condotte criminali interne ed esterne al settore. Ciò può essere in parte ricondotto all'eccesso di burocrazia che contraddistingue la sanità pubblica, riducendone la competitività rispetto al versante privato progressivamente in crescita.

7.1 AMBITO TERRITORIALE:

l'ASST Pini -CTO si colloca nell'ambito del territorio della Città Metropolitana di Milano ed è un Centro specialistico dedicato alle discipline di ortopedia, traumatologia, fisiatria e reumatologia di rilievo nazionale.

Eroga i servizi sanitari attraverso le sue tre sedi:



Presidio Ospedaliero Gaetano Pini - Piazza Cardinal A. Ferrari, 1 – 20122 Milano

Polo Medicina Fisica e Riabilitazione "Fanny Finzi Ottolenghi" - Via Isocrate, 19 – 20126 Milano

Presidio Ospedaliero CTO - Via Bignami, 1 – 20126 Milano.

7.2 L'OFFERTA SANITARIA

Le tabelle rappresentano sinteticamente l'articolazione dell'offerta sanitaria sul territorio di competenza della ATS Città Metropolitana di Milano, in cui si trova l'ASST Pini-CTO, riportando alcuni dati relativi alle strutture ospedaliere e territoriali, con l'indicazione del contributo dell'ASST:

Tabella : Rete emergenza urgenza

Tipologia attività	N. autorizzate e accreditate
Punto di Primo Intervento	4
Pronto Soccorso	10
DEA I	16
DEA II	5 (inoltre ASST Gaetano Pini – CTO in attesa di riclassificazione)
Totale	35

Tabella: Sintesi delle tipologie di Strutture sanitarie di ricovero e cura

Tipologia Struttura	N. Strutture autorizzate	N. Strutture accreditate	N. Strutture a contratto
N° ASST	-	9	9
• N° Presidi Ospedalieri/Stabilimenti delle ASST	-	25	25
• N° POT (Presidio Ospedaliero Territoriale)	-	4	4
IRCCS (n° enti e n° presidi)			
• IRCCS Pubblici	-	3 (3)	3 (3)
• IRCCS Privati	-	10 (14)	10 (14)
Ospedale classificato	0	1	1
Casa di Cura	4	14	14
Struttura ambulatoriale	1075	178	134
Servizio di Medicina e Laboratorio	9	17 (territoriali) + 40 (ospedaliere)	10 (territoriali) + 40 (ospedaliere)
Struttura Psichiatrica		33	31
Ricovero a ciclo diurno	11	-	-
Odontostomatologia mono-specialistica	2039		
Struttura di raccolta Sangue	-	9	
Ambulatorio di medicina sportiva		23	23
Studio Professionale	1571		
Studio Professionale di medicina sportiva	62		
Struttura per Cure Subacute	-	15	15

**Dati riferiti al 01/01/2021*

Tabella: sintesi offerta posti letto

Tipologia	N° Posti letto accreditati	N° Posti letto Tecnici	di cui Contratto	Totale ATS	di cui ASST PINI/CTO	% ASST PINI/CTO
Acuti						
Degenza Ordinaria	12.874		12.577	12.976	332	2,56%
Day Hospital/Day Surgery	990(1020)	-	935(65)	990/(1020)	28	2,83%
Mac/Bic	-	1.072	1.072	1.072	31	2,89%
Cure Sub-Acute	390	390	390	390		
Riabilitazione						

Degenza Ordinaria	21.208	-	2.084	2.220	194	8,74%
Day Hospital	31	-	31	31	1	3,23%
Mac/Bic	-	105	105	105	18	17,14%

** dati riferiti al 01/01/2021*

Tabella: sintesi produzione ricoveri

tipo ricovero	ATS	ASST	% ASST/ATS
ordinari dimessi	348.073	8.332	2,39%
day h accessi	78.959	1.902	2,41%

**dati riferiti al 01/01/2021*

7.3 GESTIONE DELLA PANDEMIA DA SARS-COV-2

A far data dall'entrata in vigore del primo atto dispositivo inerente l'epidemia da Covid-19 (Ordinanza del Ministro della Salute 23.02.2020), l'ASST G. Pini-CTO ha adottato una pluralità di misure di tipo organizzativo e tecnico finalizzate ad assicurare continuità di cura e assistenza a tutti i cittadini, garantendo la sicurezza di tutti i pazienti e i lavoratori presenti all'interno delle strutture aziendali.

L' ASST Pini-CTO ha proseguito nell'assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni di ricovero e ambulatoriali in modo appropriato, al fine di garantire un costante miglioramento delle cure e dell'attenzione al malato, nel rispetto delle regole regionali e compatibilmente con la gestione dell'emergenza sanitaria epidemiologica da Covid-19.
Nel corso del 2020 e 2021, entrambi i Presidi ospedalieri, in base all'andamento epidemiologico della pandemia da Covid-19, hanno effettuato in modo continuativo una progettazione e rimodulazione dell'offerta al fine di assicurare l'attività clinico-assistenziale nelle massime condizioni di sicurezza possibile per utenti/assistiti, personale sanitario, amministrativo e tecnico, adeguando le soluzioni organizzative all'andamento della suddetta pandemia.

In particolare, l'Azienda ha concentrato le proprie risorse sulle seguenti attività:
- mantenimento e potenziamento del filtro di pre-triage in PS, per la separazione dei flussi dei pazienti in presenza di sintomatologia riconducibile al COVID-19;
- razionalizzazione e rafforzamento delle aree di "filtro sanitario", quali check point necessari per l'ingresso in ospedale;
- rimodulazione continua degli accessi dei visitatori/accompagnatori;
- monitoraggio giornaliero sul possesso di certificazione verde/Green Pass da parte del personale;
- programmazione ed esecuzione di sorveglianza su tutto il personale sanitario, attraverso l'esecuzione periodica di tamponi di controllo, con cadenza stabilita dalle indicazioni regionali;
- mantenimento e monitoraggio dei percorsi COVID+ e COVID- per la gestione dei pazienti che necessitano di ricovero o di prestazioni ambulatoriali;
- potenziamento del Bed Management per la gestione flessibile ed efficiente dei posti letto, con conseguente monitoraggio dei percorsi attivati;
- formazione continua in merito ai comportamenti da usare soprattutto nelle aree di isolamento;

- adeguamento costante dell'offerta sanitaria, inclusa l'attività chirurgica in elezione, in funzione dell'andamento della pandemia, attraverso la modifica anche degli assetti logistici per garantire la corretta ed adeguata assistenza;
- potenziamento della tecnologia di telemedicina per l'esecuzione di Televisita;
- sviluppo delle modalità di accoglienza on line tramite il consolidamento delle procedure di prenotazione, pagamento, richiesta documentazione sanitaria e immagini radiologiche via web.

7.4 RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ

L'ASST Pini-CTO è prioritariamente convenzionata con l'Università degli Studi di Milano, dal 1996 sino ai nostri giorni, relativamente alle branche dell'Ortopedia e della Reumatologia, in forza di convenzione quadro disciplinante sia le attività di didattica e di ricerca sia le attività assistenziali ad esse connesse, a beneficio dei corsi di studio dell'Area medico-sanitaria.
Gli obiettivi dell'Azienda sono perseguiti d'intesa con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano, nella consapevolezza che l'azione integrata tra assistenza, didattica e ricerca promuove la qualità delle cure e lo sviluppo della ricerca sanitaria.
In attuazione della Legge Regionale n. 33/2009 *"Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"* e s.m.i., da ultimo con L.R. 12 dicembre 2017 n. 33, nel rispetto delle rispettive finalità istituzionali, ad oggi sono attive n. 24 convenzioni, la maggior parte stipulate con UNIMI, aventi ad oggetto la frequenza presso i tre Presidi Ospedalieri, di medici in formazione specialistica afferenti alle Scuole di Specializzazione di Ortopedia e Traumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Radiodiagnostica, Anestesia e Rianimazione.
Particolare rilevanza per la valorizzazione delle missions assistenziali dell'ASST, rivestono le convenzioni con l'Università degli Studi di Milano per finalità didattico formative della Scuola di Specializzazione di Ortopedia e Traumatologia e di Reumatologia, entrambe con sede presso il Presidio Pini.
La restante parte delle convenzioni disciplinano lo svolgimento di tirocini curriculari di studenti iscritti ai Corsi di Laurea magistrale a ciclo unico di Medicina e Chirurgia o a Corsi di Laurea magistrale delle professioni sanitarie istituiti da diverse Università insistenti su tutto il territorio nazionale.
A partire dal 2008, il P.O. Pini è sede unica del Corso di Laurea in Tecniche Ortopediche dell'Università degli Studi di Milano.

In forza della sopra citata convenzione quadro con l'Università degli Studi di Milano, le Unità Operative Complesse dell'ASST, a direzione universitaria, cui afferisce personale universitario (tra ordinari, associati, ricercatori, ecc) con funzioni assistenziali, sono:

- UOC I Clinica Ortopedica
- UOC II Clinica Ortopedica
- UOC Reumatologia Clinica
- UOC Reumatologia Clinica Pediatrica

Ad oggi sono presenti nelle suindicate UOC n. 9 docenti in regime di convenzione.

7.5 PORTATORI DI INTERESSI (STAKEHOLDER)

L'individuazione delle aree di intervento prioritario dell'ASST va effettuata con riferimento alle priorità di varia natura emerse dall'analisi del contesto esterno, nonché dal confronto

con gli stakeholder nell'ambito della rete per la promozione della salute e dagli indirizzi regionali di programmazione.
L'individuazione e il riconoscimento degli stakeholder è necessariamente un esercizio importante e complesso, che deve tenere in considerazione le istanze di molti soggetti individuali, sociali, istituzionali. A tal proposito la figura che segue illustra gli stakeholder strategici, ossia tutti coloro che contribuiscono alla realizzazione della mission aziendale.

7.6 IL RAPPORTO CON IL MONDO DEL VOLONTARIATO: LE ONLUS E LE ASSOCIAZIONI

L'ASST Pini-CTO riconosce il valore delle attività di volontariato come espressione di solidarietà e di partecipazione alle problematiche sociali e sanitarie e pertanto si impegna a garantirne lo sviluppo ad integrazione dei servizi di propria competenza.
La peculiare tipologia di offerta dell'ASST PINI-CTO, in settori ad alta specializzazione e con patologie rare, croniche e di particolare impatto sociale, favorisce la presenza in Azienda di numerose associazioni di volontariato a tutela di specifici interessi ed impegnate nel dare aiuto e sostegno ai pazienti e ai loro familiari in situazioni di particolare disagio.
Alle associazioni di volontariato l'Azienda garantisce momenti di ascolto e dialogo attraverso l'ufficio Comunicazione e relazione con il pubblico e ne favorisce l'azione, anche mediante la concessione di appositi spazi fisici all'interno dei propri presidi.
Tutte le Associazioni concorrono a far crescere attorno alla realtà ospedaliera uno spirito di solidarietà partecipata e di accresciuta responsabilità sociale che vede al centro dell'attenzione l'utente dei servizi o la persona malata e l'ascolto dei suoi bisogni di cittadino.
Le Associazioni di volontariato possono operare nella realtà ospedaliera attraverso le seguenti prevalenti modalità:

- attività diretta sul paziente nelle strutture di degenza e ambulatoriali, volte a realizzare le finalità assistenziali dell'associazione a fianco del personale di assistenza sanitaria;
- attività di informazione/formazione/orientamento a disposizione degli utenti presso sedi ospedaliere e ambulatoriali;
- attività di fund raising, donazioni, finanziamenti per attività di assistenza, cura, ricerca a favore dell'Azienda o di specifiche categorie di pazienti.

Il rapporto tra ASST e le associazioni di volontariato è regolato da specifiche convenzioni, attivate in conformità al Regolamento adottato con deliberazione n. 521 del 21.10.2021, che prevedono, tra l'altro, la verifica dell'iscrizione al registro generale regionale del volontariato, ai sensi dell'art. 5 della LR n° 1 del 14 febbraio 2008.
Le attività di volontariato si sono integrate proficuamente nel sistema socio-sanitario dell'ASST Pini-CTO e rappresentano un'utile fonte di iniziative, di collaborazione e di scambio di risorse.
L'ASST riconosce la funzione complementare ed ausiliaria al SSL del volontariato, finalizzata al raggiungimento e al conseguimento di più elevati standard di qualità, efficienza e professionalità, nonché di appropriatezza e umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari.
Un'apposita funzione dell'Ufficio Comunicazione, dedicata al rapporto con il volontariato, vede il proprio coinvolgimento nella promozione di percorsi comuni per orientare i pazienti nell'accesso ai servizi, e per supportare i processi di erogazione o altre attività.
Particolare riguardo sarà posto all'apporto fondamentale di queste organizzazioni nel favorire l'empowerment dei pazienti e dei loro familiari nella gestione della malattia cronica e della fragilità.

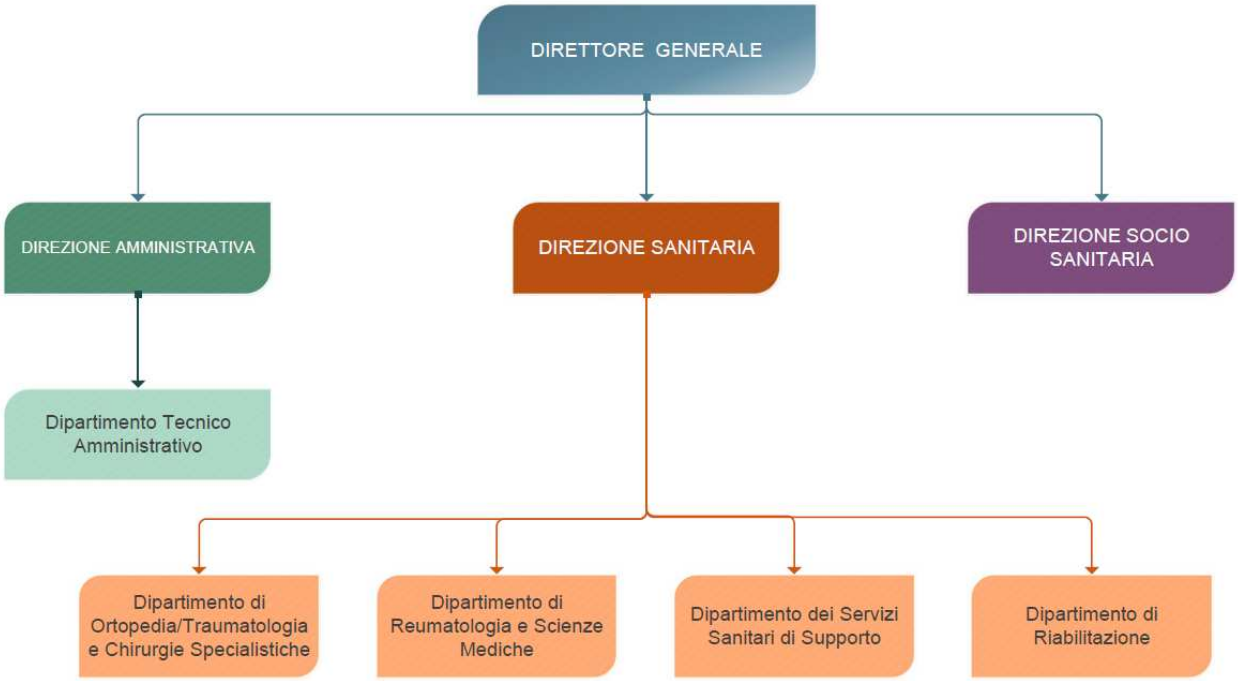
A tal fine sono promosse modalità organizzative di raccordo con le strutture dell'ATS per migliorare il livello di integrazione.
L'Azienda si impegna a recepire le istanze delle associazioni, volte a migliorare il livello dell'assistenza erogata.
Anche nel corso dei primi mesi del 2022, a causa delle restrizioni Covid, tutte le attività di volontariato sono momentaneamente sospese, fatta eccezione per i servizi offerti online, e riprenderanno in accordo con la Direzione e in linea con le decisioni prese nell'Unità di Crisi e delle direttive nazionali e regionali.

8. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO è stata costituita giusta DGR n. X/4475 del 10/12/2015, a far data dal 01/01/2016 in attuazione della L.R. 23/2015 di riforma del Sistema Sanitario lombardo.
L'attività di Ortopedia e Traumatologia si sviluppa in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano.

Presidio Ospedaliero Gaetano Pini
La scuola ortopedica milanese nasce nel 1874, quando Gaetano Pini fonda l'Associazione per la Scuola dei Rachitici per la cura dei tanti bambini affetti in quell'epoca da rachitismo. Ben presto si affiancano alla scuola un ambulatorio diretto da Pietro Panzeri e un'officina ortopedica che studia e costruisce apparecchi per permettere ai bambini di muoversi e camminare.
Attraverso la cura e la ricerca, dalla Scuola per bambini rachitici alla costituzione di un ospedale, dalle prime tecniche radiologiche alle più sofisticate tecniche di imaging, dalle sale operatorie convenzionali alla robotica, il Gaetano Pini è oggi un ospedale modernissimo e all'avanguardia nelle tecnologie di settore.

Presidio Ospedaliero CTO
Storicamente il CTO, collocato in un'area caratterizzata in passato da un'elevata intensità industriale, è stato ed è ancor oggi un punto di riferimento per le aree specialistiche dell'ortopedia-traumatologia, della chirurgia della mano e della riabilitazione dei pazienti medullolesi.
Da diversi anni, ai settori tradizionali si affianca un'importante e qualificata attività riabilitativa in ambito cardiologico, respiratorio e neurologico; in particolare, in ambito neurologico costituisce una struttura di eccellenza il Centro per la Malattia di Parkinson e i Disturbi del Movimento.
Di seguito una sintesi dell'organigramma, come da delibera n. 464 del 9 ottobre 2017, approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. X/6886 del 17 luglio 2017.



Il Polo ospedaliero dell'ASST Pini-CTO è articolato in presidi ospedalieri e dipartimenti, organizzati in diversi livelli di cura.
Partendo dall'analisi della struttura organizzativa dell'Azienda e tenendo conto della specificità della stessa (mono-specialistica) all'interno dei sistemi di rete regionali e nazionali, l'Azienda, nel rispetto del dettato normativo e sulla base dei propri fabbisogni operativi, ha adottato un modello organizzativo di tipo dipartimentale individuando i seguenti Dipartimenti Gestionali, per l'Area Sanitaria:

- Dipartimento di Ortopedia / Traumatologia e Chirurgie ortopediche specialistiche;
- Dipartimento di Reumatologia e Scienze mediche;
- Dipartimento dei Servizi sanitari e di supporto;
- Dipartimento di Riabilitazione.

L'organizzazione dipartimentale è, in base alla vigente normativa, il modello ordinario di gestione operativa dell'Azienda, che rappresenta una modalità di organizzazione di più strutture, complesse e semplici di particolare specificità, che svolgono compiti omogenei, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e che sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.
I Dipartimenti sono diretti da un Direttore di Dipartimento coadiuvato dal Comitato di Dipartimento, in conformità con quanto previsto dal Regolamento di Dipartimento.
I Dipartimenti sono costituiti, secondo la configurazione adottata, da:

- Unità Operative Complesse;
- Strutture Semplici Dipartimentali;
- Strutture Semplici Extra Dipartimentali;
- Strutture Semplici di Strutture afferenti a Strutture Complesse.

Nel Presidio Pini sono presenti complessivamente n° 21 Strutture Complesse, di cui:

- n° 12 afferenti al Dipartimento di Ortopedia / Traumatologia e Chirurgie ortopediche specialistiche;

- n° 4 afferenti al Dipartimento di Reumatologia e Scienze mediche;
- n° 4 afferenti di Dipartimento dei Servizi sanitari e di supporto
- n° 1 afferente al Dipartimento di Riabilitazione (Polo Riabilitativo di Via Isocrate).

Il Presidio Gaetano Pini è, inoltre, dotato di un Poliambulatorio Ospedaliero dove vengono erogate visite specialistiche afferenti all'area chirurgica (ortopedia-traumatologia, chirurgia vascolare e pre-ricovero) e all'area medica (reumatologia, cardiologia, neurologia). Presso il Polo "Fanny Finzi Ottolenghi" vengono erogate prestazioni ambulatoriali afferenti all'area della Medicina Fisica e Riabilitativa.

Il Presidio CTO presenta complessivamente n° 6 Strutture Complesse, di cui:
- n. 1 afferente al Dipartimento di Ortopedia / Traumatologia e Chirurgie ortopediche specialistiche;
- n. 2 afferenti di Dipartimento dei Servizi sanitari e di supporto;
- n. 2 afferenti al Dipartimento di Riabilitazione;
- n. 1 afferente al Dipartimento di Reumatologia e Scienze mediche.

L'ASST è sede delle Scuole di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia e in Reumatologia dell'Università degli Studi di Milano.
Nell'anno 2021 il Magnifico Rettore dell'Università Statale di Milano ha nominato il professor Pietro S. Randelli, Direttore della I Clinica ortopedica e del comitato tecnico-scientifico del Gaetano Pini-Cto, Direttore della scuola post-laurea che, ogni cinque anni, forma oltre 120 ortopedici; tutto questo rafforza il ruolo di leadership nella costruzione della conoscenza e della formazione dei giovani medici.

La cooperazione tra i professionisti ospedalieri e universitari in Azienda sviluppa e incrementa strumenti e tecniche chirurgiche di riferimento per l'intera comunità scientifica avvalorata dal riconoscimento da parte delle Società Scientifiche: molti dei professionisti, infatti, ricoprono ruoli di riferimento e responsabilità all'interno di Società Scientifiche.
Inoltre, l'ASST Pini -CTO è:
- Centro Regionale di Riferimento per il rilascio delle autorizzazioni ai ricoveri all'estero per la specialità di Ortopedia e Traumatologia e Neurologia;
- Centro Regionale di Riferimento per le malattie immunoematologiche sistemiche e per le malattie rare;
- Sede della Banca Regionale del Tessuto Muscolo-Scheletrico.

8.1 L'AZIENDA IN NUMERI

Posti letto

	2019					
	ACCREDITATI			EFFETTIVI		
	Acuti e Riab	DH/DS	*Totale*	Acuti e Riab	DH/DS	*Totale*
PINI	380	14	***394***	306	12	***318***
CTO	146	15	***161***	123	14	***137***
Totale	**526**	**29**	***555***	**429**	**26**	***455***
	2020					
	Acuti e Riab	DH/DS	*Totale*	Acuti e Riab	DH/DS	*Totale*
PINI	380	14	***394***	306	12	***318***
CTO	146	15	***161***	123	14	***137***
Totale	**526**	**29**	***555***	**429**	**26**	***455***

	2021					
	Acuti e Riab	DH/DS	*Totale*	Acuti e Riab	DH/DS	*Totale*
PINI	380	16	***396***	278	16	***294***
CTO	146	15	***161***	121	9	***130***
Totale	**526**	**31**	***557***	**399**	**25**	***424***

La riduzione dei posti letto effettivi dal 2019 al 2021 è dovuta principalmente alla pandemia da COVID-19, che ha comportato una necessaria riorganizzazione dei reparti per la gestione del contagio ed il rispetto delle disposizioni igienico-sanitarie vigenti; un'altra causa della riduzione è riconducibile ai lavori di ristrutturazione di alcune aree dell'ASST, che hanno richiesto una contrazione dei reparti e quindi della disponibilità di letti.

8.2 Risorse Umane

Il Piano triennale dei fabbisogni 2020-2022, approvato con DGR 4131 del 21.12.20 da Regione Lombardia, sostituisce per il 2022 il PGRU e le autorizzazioni regionali per l'acquisizione di Dirigenti della PTA.
Il Piano dei fabbisogni 2021 – 2023 è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale del 27 dicembre 2021, n. 651 e sottoposto all'approvazione da parte di Regione Lombardia.
Al 31 dicembre 2021, l'ASST impiega n. 1.160 dipendenti (numero complessivo tra tempi indeterminati e determinati) così suddivisi:

PERSONALE AL 31 dicembre 2021	INDET.	DET.	TOT.
PERSONALE INFERMIERISTICO	398	5	403
PERSONALE TECNICO SANITARIO	58	1	59
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	70	/	70
ASSISTENTI SOCIALI	3	/	3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	111	28	139
OTA/OSS	88	23	111
PERSONALE RUOLO TECNICO	111	15	126
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	839	72	911
DIRIGENZA MEDICA (compresi Universitari)	226	7	233
DIRIGENZA SANITARIA/ DIRIGENZA SITRA	4	/	4
TOTALE AREA DIRIGENZA MEDICA e SANITARIA	230	7	237
DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICA	2	/	2
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	9	1	10
TOTALE AREA DIRIGENZA PTA	11	1	12
TOTALE COMPLESSIVO	1080	80	1160

In merito allo smart working, l'ASST, con deliberazione n. 608/2019, ha adottato il regolamento per lo svolgimento del Lavoro Agile. Nell'anno 2021 il ricorso all'utilizzo dello smart working cd. "emergenziale" é avvenuto per i primi 9 mesi, autorizzando n. 79 dipendenti (comparto e dirigenza).
Solo il personale che ha ottenuto lo status di "fragile" dal medico competente ha proseguito con l'utilizzo di questa modalità lavorativa.

Nel corso del 2022 l'ASST, anche a seguito delle novità che la contrattazione collettiva nazionale introdurrà, valuterà la possibilità di rendere strutturale lo smart working per alcune aree definite di figure professionali presenti in azienda, con l'adozione di un nuovo regolamento per l'applicazione dell'istituto giuridico, in coerenza con la normativa specifica vigente.
Per quanto riguarda il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), si precisa che anche questo strumento, ai sensi del DL n. 80/2021, sarà sostituito dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e, conseguentemente, una volta adottato l'apposito decreto attuativo, l'ASST definirà i modi ed i tempi della messa a regime del lavoro agile, individuando i necessari adeguamenti dell'organizzazione, delle tecnologie, delle modalità di misurazione dei risultati, nonché delle competenze detenute, tenuto conto anche dell'esperienza maturata nell'attuazione dell'istituto giuridico durante la fase emergenziale.

8.3 VOLUMI DI ATTIVITÀ

	ANNO 2019		ANNO 2020		ANNO 2021	
	PINI	CTO	PINI	CTO	PINI	CTO
Regime di ricovero ordinario						
DIMESSI (N.ro)	8.144	2.717	6.312	2.020	7.215	2.268
DEGENZA MEDIA	8,1	9,4	10,2	12,1	7,9	7,9
Regime di ricovero in Day Hospital						
DIMESSI (N.ro)	1.942	960	910	407	1.355	799
ACCESSI DH	3.243	962	1.491	411	1.868	799
Prestazioni Ambulatoriali (N.ro)	330.445	160.342	222.986	99.359	297.692	134.339
Accessi PS (N.ro)	35.206	19.575	24.132	13.315	31.564	17.185

9. IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

9.1 LA MAPPATURA DEI PROCESSI

La mappatura dei processi consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi, delle attività poste in essere dall'Azienda, anche di quelle esternalizzate a soggetti pubblici o privati, al fine di identificare tutta l'attività svolta dall'Azienda, non solo i processi ritenuti a rischio.
Secondo le indicazioni metodologiche di cui all'allegato 1 del PNA 2019 disciplinate la gestione dei rischi, l'obiettivo è quello di tendere verso una rilevazione dei processi che, partendo dalla descrizione delle macroaree, sia declinata, a seconda del livello di analiticità, in sub- processi, in quanto più l'attività amministrativa è procedimentalizzata e più facile sarà "intercettare" i fenomeni di *malagestio.*

9.2 LE AREE DI RISCHIO

Le aree di rischio sono distinte in generali e specifiche (Legge n.190/2012 e successivi PNA).

AMMINISTRAZIONI	AREE DI RISCHIO GENERALI	RIFERIMENTI
TUTTE	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente ad autorizzazioni e concessioni (lettera a, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (lettera c, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)	Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015, con particolare riferimento al paragrafo 4. Fasi delle procedure di approvvigionamento
	Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale)	Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015
	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b
	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b
	Incarichi e nomine	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b
	Affari legali e contenzioso	Aggiornamento 2015 Parte generale Par. 6.3 lettera b

AMMINISTRAZIONI	AREE DI RISCHIO SPECIFICHE	RIFERIMENTI
ENTI SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	Attività libero professionale	Parte Speciale I - SANITA' Aggiornamento 2015 Parte Speciale IV - SANITA' PNA 2016
	Liste di attesa	
	Rapporti con soggetti erogatori	
	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	
	Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero	

9.3 IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI

Successivamente alla mappatura segue la fase di identificazione del rischio o meglio degli eventi rischiosi, con l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi, tramite cui peraltro si fenomeno corruttivo.

Gli eventi rischiosi sono ricondotti a profili di rischio simili e classificati in:

TIPOLOGIA RISCHIO	DESCRIZIONE
RISCHI STRATEGICI	Rischi derivanti dal manifestarsi di eventi che possono condizionare e/modificare in modo rilevante le strategie e il raggiungimento degli obiettivi dell'Azienda. Possono avere origine esterna ma anche interna: - ES: RISCHIO REPUTAZIONALE: rischio legato al deterioramento della reputazione propria dell'Azienda intesa come l'insieme di tutte le aspettative, percezioni ed opinioni sviluppate nel tempo nella collettività dove l'Azienda opera, in relazione alla qualità dell'organizzazione e dei servizi erogati, alle caratteristiche e ai comportamenti dei suoi dipendenti e alle osservazioni delle passate azioni dell'organizzazione, ecc.
RISCHI DI PROCESSO	Rischi connessi alla normale operatività dei processi che possono pregiudicare il raggiungimento di obiettivi di efficienza/efficacia: - rischi di compliance: rischi di mancata conformità a norme, regole o standard impartiti dal legislatore (comunitario, nazionale e

	regionale), nonché a disposizioni e regolamenti interni (istruzioni, procedure etc.); - rischi IT/Privacy: rischi correlati al verificarsi di un insieme di situazioni, interne o esterne, che metterebbero a repentaglio la protezione dell'integrità, della disponibilità, della confidenzialità dell'informazione automatizzata; - rischi risorse umane: rischi attengono alla gestione delle risorse umane, nell'ottica di raggiungimento degli obiettivi e riguardano la capacità dell'Agenzia di disporre di personale adeguato e di processi interni idonei a garantire una corretta gestione e valorizzazione del capitale umano; - rischi economico/finanziari: attengono alla capacità di gestire e monitorare attraverso idonei processi, le variabili economico/finanziarie impattanti sulla contabilità e bilancio, necessarie per lo svolgimento delle attività e il raggiungimento degli obiettivi previsti
RISCHI DI INFORMATIVA	Rischi connessi alla possibile inadeguatezza dei flussi informativi interni, che possono impedire un'adeguata analisi e valutazione delle diverse problematiche e pregiudicare la correttezza dell'informativa prodotta nonché l'efficacia delle decisioni strategiche e operative
RISCHI CORRUTTIVI	Rischi derivanti da comportamenti impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all'adozione di) una decisione pubblica deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico: - FRODI E CORRUZIONE: rischio connesso alla possibilità che soggetti esterni o soggetti operanti all'interno dell'Agenzia, agiscano attraverso comportamenti fraudolenti pregiudicando l'attività o i risultati della stessa; - TRASPARENZA: rischio è connesso alla possibilità che l'Azienda operi non in ottemperanza al principio di trasparenza come metodo della propria azione amministrativa e come strumento per consentire l'effettiva partecipazione dei cittadini alle attività dell'Agenzia e alla realizzazione delle relative politiche; - ABUSO DI POTERE: rischio che deriva dalla possibilità che venga fatto utilizzo del potere in modo eccessivo, ingiusto (o in estrema ratio, illegale), al di fuori dei limiti circoscritti e conferiti per lo svolgimento di una mansione, al fine di trarne dei vantaggi propri o per conto di terzi; - CONFLITTO DI INTERESSE: rischio che deriva dalla possibile caduta dell'interesse primario per il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'Agenzia, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria

RISCHI RICICLAGGIO	Rischio che si riferisce alla possibilità che i processi interni non presidino adeguatamente i dati e le informazioni concernenti le operazioni sospette di cui i dipendenti vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale, e non consentire la comunicazione alle autorità competenti in materia di riciclaggio e finanziamento del terrorismo.

9.4 ANALISI DEL RISCHIO

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo:

- approfondire le fattispecie a "rischio", attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori "abilitanti" della corruzione;
- stimare il livello di esposizione al rischio.

I fattori abilitanti degli eventi corruttivi sono i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.
L'analisi degli stessi deve tendere all'individuazione di azioni di risposta più appropriate ed efficaci di prevenzione del rischio.

A partire dal PTPCT 2021-2023 è stato avviato un processo di rivalutazione del rischio basato su un approccio metodologico di tipo qualitativo (come da indicazioni di cui all'allegato 1 del PNA 2019), a totale superamento dell'approccio di tipo quantitativo (allegato 5 PNA 2013), dando ampio spazio alla motivazione della valutazione espressa dai soggetti coinvolti nell'analisi.

Ai fini dell'aggiornamento del Piano anticorruzione 2022-2024, in continuità con il precedente piano, il RPCT ha riproposto ai Dirigenti responsabili un set di indicatori (key risk indicators), di seguito riportati, in grado di fornire indicazioni sul livello di esposizione al rischio corruttivo:

- livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminati: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale riduce il rischio;
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- livello di informatizzazione delle fasi di un processo: presenza di applicativi gestionali che seguono l'iter procedimentale tracciandone fasi e tempi;
- incidenza dell'evento corruttivo sull'Azienda: rilevanza mediatica dell'evento corruttivo ed impatto reputazionale ed economico sull'Azienda.
- controlli: l'adozione di un maggior numero di controlli e di una maggiore frequenza degli stessi determina una diminuzione del rischio.

Nel corso degli audit condotti dal RPCT con i Responsabili di processo, partendo dall'analisi dei rischi effettuata nel 2021, per ogni processo/attività ed evento rischioso associato, si è proceduto all'aggiornamento della misurazione del livello di esposizione al rischio (secondo

la scala di misurazione ordinale: basso, medio, alto) attraverso una matrice di esposizione al rischio elaborata dal RPCT.
Ad uno stesso processo, nel caso di associazione di più eventi rischiosi aventi un liverso livello di rischio, nella stima complessiva di esposizione, si è fatto prudenzialmente riferimento al valore più alto.

APPROCCIO QUALITATIVO	
Metodologia	Stima del rischio in base a motivate valutazioni espresse dai soggetti coinvolti
Strumenti	Fattori abilitanti (fattori che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione)
Oggetto di analisi	Schede dei processi relativi alle singole UOC mappate e riportate nel "Registro dei processi, rischi corruttivi, misure preventive – All.1 PTPCT 2022-2024
Misurazione livello di esposizione al rischio	Applicazione scala di misurazione ordinale: BASSO-MEDIO-ALTO
	Giudizio sintetico
	Evidenze
	Motivazione della misurazione applicata
Criterio di scelta	Applicazione della metodologia proposta dall'allegato 1 "*indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi"* del PNA 2019.

9.5 INDIVIDUAZIONE AREE A RISCHIO CORRUZIONE

L'analisi, la valutazione e la ponderazione del rischio alla base del presente aggiornamento del PTPC è stata condotta sui processi mappati di cui all'allegato 1 del presente Piano anticorruzione.

Particolare attenzione è stata riservata ai processi dell'area "contratti pubblici", per effetto dell'applicazione di una legislazione derogatoria al Codice degli Appalti, figlia dell'emergenza sanitaria, che resta, così come ribadito da ANAC nel documento "*Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022" (02.02.2022),* tra "*le più permeabili al rischio corruttivo*". Nello specifico ANAC invita le amministrazioni pubbliche a vigilare sulle determinate procedure di gara ed a presidiare su anomalie dalla stessa riscontrate:

- affidamenti diretti per assenza di concorrenza per motivi tecnici;
- affidamenti diretti per estrema urgenza;
- esecuzione del contratto in difformità;
- ricorso a proroghe e rinnovi non consentiti a quanto proposto in sede di gara;

- valutazione errata della congruita' dell'offerta;
- inadeguata gestione del conflitto di interessi nell'affidamento dei contratti.

9.6 TRATTAMENTO DEL RISCHIO (INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE)

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare le misure più idonee a prevenire il rischio.
Una volta individuato e associato ad ogni singolo processo il rischio di corruzione e valutato il relativo grado di esposizione, sono state prese in considerazione sia le misure in atto sia le eventuali azioni migliorative da porre in essere per contrastare la minaccia corruttiva.

Le nuove misure o quelle già in atto devono sempre risultare concrete e sostenibili, avere carattere organizzativo, comportamentale, di regolamentazione, di controllo, di tracciabilità dei flussi informativi, di trasparenza.

Le misure si distinguono in:

- MISURE GENERALI, ovvero quelle che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in maniera trasversale su tutta l'Organizzazione;
- MISURE SPECIFICHE che agiscono sui processi ovvero sulle singole fasi in maniera puntuale, sulla base dei rischi individuati nella fase di valutazione.

MISURE GENERALI	Le misure generali sono quelle previste dalla L.190/2012 quali strumenti di attuazione della prevenzione della corruzione. La misura è generale quando insiste trasversalmente sull'organizzazione, al fine di migliorare complessivamente la trasparenza dell'azione amministrativa (es. la corretta e puntuale applicazione del D.lgs. 33/2013). Un focus su tali misure è previsto al successivo capitolo 10 del presente PTPCT 2022-2024.

MISURE SPECIFICHE	La misura è specifica, in risposta a specifici problemi rilevati tramite l'analisi del rischio. Le misure specifiche per processo e/o singola fase, sono ricondotte alla classificazione proposta dal PNA 2019, e precisamente: - controllo - trasparenza - definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento; - regolamentazione - semplificazione - formazione

	- sensibilizzazione e partecipazione - rotazione - segnalazione e protezione - disciplina del conflitto di interessi - regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari"

Ciascuna categoria di misura può dare luogo, in funzione delle esigenze dell'organizzazione, a misure sia "generali" che "specifiche". A titolo meramente esemplificativo, una misura di trasparenza, può essere programmata come misura "generale" o come misura "specifica".

9.7 MONITORAGGIO E RIESAME

MONITORAGGIO e RIESAME sono due attività distinte ma strettamente collegate.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono elementi di input per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio.

Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione dell'idoneità delle misure poste a presidio del rischio.

Il RPCT integra il proprio operato con la UOS Controllo di Gestione e con la Funzione di Internal Auditing, attraverso la conduzione congiunta degli audit in sede di attuazione dei controlli interni.

È compito del RPCT verificare l'attuazione e l'idoneità delle misure per il trattamento del rischio corruttivo; attività che espleta in conformità al SISTEMA DI MONITORAGGIO, VERIFICA E CONTROLLO, definito in sede di predisposizione del Piano annuale delle attività di Audit.
Il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio riguarda tutte le fasi del processo al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi tralasciati in fase di mappatura o nuovi, prevedere più efficaci criteri per l'analisi e ponderazione del rischio.L'aggiornamento del PTPCT, che segue la stessa procedura prevista per l'adozione, ha frequenza annuale. Si attiva, in particolare, al verificarsi dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali;
- modifiche interne all'Amministrazione (variazioni assetto organizzativo, acquisizione nuove competenze);
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del PTPCT;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA o emanati dall'ANAC.

Il riesame è coordinato dal referente della Funzione Trasparenza, Anticorruzione e Internal Auditing con il contributo metodologico del Nucleo di Valutazione delle Performance/Prestazioni e la partecipazione dei Referenti.

10. MISURE GENERALI ATTUATIVE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

ID	TIPOLOGIA	RIFERIMENTO NORMATIVO	TESTO DI NORMA	MODALITÀ ATTUATIVE
A)	**TRASPARENZA**	Legge 190/2012 e smi D.Lgs. 33/2013 e smi	*D.Lgs 33/2013 modificato dal D.Lgs. 97/2016 – Art. 1 "Principi generali di trasparenza"* …1. La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. …2. La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, di buon andamento, di responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino. …3. Le disposizioni del presente decreto, nonché le norme di attuazione adottate ai sensi dell'art. 48, integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle Amministrazioni Pubbliche ai fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117,	La trasparenza è una misura che la normativa riconosce di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è posta al centro in quanto strumentale alla promozione dell'integrità e allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito della pubblica amministrazione. Nella SEZIONE DEDICATA ALLA TRASPARENZA sono definite le misure e le modalità per l'adempimento agli obblighi di pubblicazione, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione. Viene data anche evidenza del nuovo istituto dell'accesso civico. La trasparenza è misura trasversale applicabile a tutti i processi, indipendentemente dal livello di rischio. E' intesa non solo in termini di pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni. Si concretizza attraverso anche specifiche azioni di rafforzamento in relazioni alle singole procedure.

			secondo comma, lett. m, della Costituzione e costituiscono, altresì, esercizio della funzione di coordinamento informativo, statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale, di cui all'art. 117, secondo comma, lett. r della Costituzione.	
B)	**CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE**	D.Lgs. 165/2001 e smi DPR 62/2013 Disciplina aziendale	*D.Lgs. 165/2001, art. 54* …1. Il Governo definisce un codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico. Il codice contiene una specifica sezione dedicata ai doveri dei dirigenti, articolati in relazione alle funzioni attribuite, e comunque prevede per tutti i dipendenti pubblici il divieto di chiedere o di accettare, a qualsiasi titolo, compensi, regali o altre utilità, in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati, fatti salvi i regali d'uso, purché di modico valore e nei limiti delle normali relazioni di cortesia. …3. La violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'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 ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti. Violazioni gravi o reiterate del codice comportano l'applicazione della sanzione di cui all'articolo 55-quater, comma 1. Con DPR n. 62/2013 è stato adottato il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4.6.2013). Le previsioni del Codice sono integrate dai codici di comportamento adottati dalle singole amministrazioni.	Il Codice Etico Comportamentali rappresenta lo strumento di autodisciplina aziendale. Il Codice di Comportamento aziendale è stato approvato con deliberazione n. 43/2014, l'ASST ha elaborato il proprio "Codice Etico Comportamentale". Il documento esprime l'insieme dei principi di condotta che devono inspirare il comportamento di tutti gli operatori sia nelle relazioni interne che nei rapporti con gli interlocutori esterni e rappresenta il principale mezzo di diffusione della cultura etica dell'Azienda Gli obblighi di condotta previsti nel Codice di Comportamento sono estesi, per quanto compatibili, a tutti i collaboratori e consulenti, titolari di qualsiasi tipologia di contratto o incarico, al personale con contratto di somministrazione lavoro, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione della Direzione Strategica nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo. A tal fine negli atti di incarico o nei contratti di collaborazione, consulenza o servizi, l'ASST inserisce apposite clausole di risoluzione del rapporto contrattuale. La violazione di tali clausole contrattuali comporta la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto. Con deliberazione ANAC n. 177/2020, sono state aggiornate le Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento integrativi, ai sensi dell'art. 54, comma 5 del D.lgs. n. 165/2001. Nel corso del 2022, il RPCT avvierà i lavori di approfondimento con l'Organismo di Valutazione e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (entrambi ricostituiti nel luglio 2021), al fine di addivenire, entro fine anno, alla elaborazione di un nuovo

				Codice di comportamento aziendale da sottoporre alla Direzione Strategica e, successivamente, a procedura partecipativa per il coinvolgimento degli stakeholder. Il vigente Codice di comportamento aziendale è pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet istituzionale al link https://www.asst-pini-cto.it/codice-di-comportamento.
c)	**ROTAZIONE DEL PERSONALE**	Legge 190/2012 e smi D.Lgs. 165/2001 e smi PNA	*Legge 190/2012, art. 1* …10. Il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche … b) alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;	Nell'ambito del PNA la rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possono 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. Si evidenzia la difficoltà dell'applicazione della rotazione orfinaria in un ospedale monospecialistico, come l'ASST G.Pini-CTO, in ragione delle competenze iper-specialistiche del personale sanitario. Nel corso dell'anno 2021, l'ASST è stata interessata da un fisiologico processo di turn over dei dirigenti amministrativi che ha consentito la rotazione funzionale di taluni di essi: - il Direttore UOC Organizzazione Risorse Umane, in carica sino al 31.07.2021, è stato assegnato dall'01.08.2021 alla UOC

			D.Lgs. 165/2001 - Art. 16. Funzioni dei dirigenti di uffici dirigenziali generali. …1. I dirigenti di uffici dirigenziali generali, comunque denominati, nell'ambito di quanto stabilito dall'articolo 4 esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e poteri: … *l-quater]* provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. D.Lgs. n. 165/2001 - art. 16, comma 1, lett. l – quater prevede l'obbligo da parte del datore di lavoro di rotazione del personale "*…omissis……nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*".	CUP Accoglienza; - assunzione dall'01.08.2021 del nuovo Dirigente UOC Organizzazione Risorse Umane; - subentro dall'01.08.2021 del nuovo Dirigente UOC Acquisti e Logistica in sostituzione del dimissionario uscente; - subentro dall'01.12.2021 del nuovo Direttore della UOC Gestione Tecnico patrimoniale in sostituzione del dimissionario; - conferimento nuovo incarico di Responsabile dell'UOS Direzione Medica di Presidio - CTO a far data dal 01.10.2021; - conferimento incarico di Direttore della UOC Direzione Medica di Presidio a far data dal 01.01.2022. Tutte le UOC sono comunque tenute, per le istruttorie più delicate, ad attuare meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali, prevedendo l'affiancamento del principale collaboratore istruttore con altro dipendente, in modo che, ferma restando la responsabilità del procedimento in capo al solo Dirigente, più soggetti procedano ad una valutazione congiunta degli elementi istruttori, propedeutica alla decisione finale ed alla condivisione delle motivazioni ad essa sottese. Al fine dell'applicabilità della rotazione straordinaria, l'Azienda è tenuta a verificare, con riferimento ad ogni singolo caso, la sussistenza: a) *dell'avvio di un procedimento penale o disciplinare a carico del dipendente, in base a quanto previsto*

				nella Delibera ANAC n. 215/2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art art. 16, co. 1, lett. l-quater e del D.Lgs. n.165/2001". Per avvio del procedimento, si deve intendere il momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 del codice di procedura penale di una condotta qualificabile come "corruttiva" ai sensi dell'art. 16, co. 1, lett. l-quater del d.lgs. 165/2001 e s.m.i. In base alla suindicata Delibera ANAC n. 215/2019, per procedimento disciplinare rilevante si deve intendere il procedimento avviato per comportamenti che possono integrare fattispecie di natura corruttiva considerate reati. L'Azienda è tenuta alla revoca dell'incarico dirigenziale ovvero al trasferimento del dipendente ad altro ufficio nel momento in cui, all'esito della valutazione effettuata (con provvedimento di assegnazione adeguatamente motivato), rilevi che la condotta del dipendente oggetto del procedimento penale o disciplinare sia di natura corruttiva (art. 16, co. 1, lett. l-quater, d.lgs. 165/2001). Nel caso di personale non dirigenziale, la rotazione si traduce in una assegnazione del dipendente ad altro ufficio o servizio.
D)	**CONFLITTO DI INTERESSE**	Legge 241/1990, nuovo art. 6*bis* DPR n. 62/2013	*Legge 241/90: Art. 6-bis. - Conflitto di interessi* *(introdotto dall'art. 1, comma 41, Legge n. 190 del 2012)* 1. Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti	Per la nozione di conflitto di interesse, si fa riferimento a quanto indicato nell'Aggiornamento 2015 al PNA. La Determinazione ANAC n. 12/2015, in relazione al carattere organizzativo delle misure di prevenzione della corruzione, le definisce come *"misure che riguardano tanto l'imparzialità oggettiva (volta ad*

			endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.	*assicurare le condizioni organizzative che consentono scelte imparziali) quanto l'imparzialità soggettiva del funzionario (per ridurre i casi di ascolto privilegiato di interessi particolari in conflitto con l'interesse generale).* Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere: -interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado; -interesse del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale; -interessi di soggetti od organizzazioni con cui egli od il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi; -interessi 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 sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene, altresì, in ogni altro caso in cui ricorrano gravi ragioni di opportunità. Il Codice Etico Comportamentale dell'ASST da integrarsi con gli specifici regolamenti vigenti in materia (Regolamento disciplinante le attività libero professionale, attualmente in fase di revisione ed il Regolamento incarichi ex art. 53 D.Lgs. n. 165/2001 e smi) disciplina gli obblighi e le responsabilità dei singoli dipendenti e dei Dirigenti in tema di conflitto di interesse e di applicazione delle misure di prevenzione.

				Il dipendente è tenuto a comunicare tempestivamente e comunque non oltre 10 giorni dal momento in cui il conflitto potenziale o attuale si è manifestato, per iscritto, al Dirigente dell'ufficio di appartenenza, la situazione di conflitto di interesse che lo riguarda. Il Dirigente che riceve la comunicazione, verificata la sussistenza di un conflitto di interesse, adotta gli opportuni provvedimenti, anche sostituendo l'interessato. Il Dirigente risponde per iscritto all'interessato comunicando gli esiti della valutazione e motivando espressamente le ragioni che determinano la rimozione dello stesso dall'incarico o che ne consentono la prosecuzione. La valutazione dei singoli casi di conflitto di interesse è tempestivamente comunicata al R.PCT che predispone un sistema di archiviazione dei casi di astensione.
e)	**INCARICHI E PRESTAZIONI NON COMPRESI NEI DOVERI D'UFFICIO, CONFERITI AI DIPENDENTI**	D.Lgs. 165/2001 e smi	*Specificatamente alla fattispecie, il D.Lgs. 165/2001 - Art. 53, dispone:* …. 6. Gli incarichi retribuiti, di cui ai commi seguenti, sono tutti gli incarichi, anche occasionali, non compresi nei compiti e doveri di ufficio, per i quali è previsto, sotto qualsiasi forma, un compenso. Sono esclusi i compensi derivanti: a) dalla collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili; b) dalla utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali; c) *dalla partecipazione a convegni e seminari*; d) da incarichi per i quali è corrisposto solo il rimborso delle spese documentate; e) da incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in	Con deliberazione n. 611 del 14.12.2017 è stato adottato il Regolamento aziendale che ha recepito le indicazioni dell'Agenzia Regionale Anti Corruzione, oggi ORAC (cfr note ARAC prot. nn. 2017.0000332 e n. 2017.0000388/2017), in tema di conflitto di interessi, con particolare riferimento alla partecipazione del dipendente, a titolo oneroso o gratuito, in qualità di relatore, moderatore o docente, in attività di tipo scientifico/convegnistico, organizzate e/o sponsorizzate da società o persone fisiche che svolgono attività di impresa o commerciale in favore dell'Azienda. Il vigente regolamento: - individua i casi di incompatibilità e di conflitto di interessi,

	PARTECIPAZIONE AD EVENTI SCIENTIFICI E SPONSORIZZA-ZIONI		posizione di aspettativa, di comando o di fuori ruolo; f) da incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccate o in aspettativa non retribuita; f-bis) *da attività di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonché di docenza e di ricerca scientifica.* *… 7* I dipendenti pubblici non possono svolgere incarichi retribuiti che non siano stati conferiti o previamente autorizzati dall'amministrazione di appartenenza. Ai fini dell'autorizzazione, l'amministrazione verifica l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi.	anche solo potenziali; - distingue gli incarichi extraistituzionali soggetti ad autorizzazione preventiva o a semplice comunicazione scritta; - elenca le attività precluse; - assoggetta a regime autorizzatorio gli incarichi ex art. 53, comma 6, lett. c) del D.Lgs n.165/2001 *"partecipazione a convegni e seminari"*, 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, prevedendo limiti oggettivi di conferimento. In materia di sponsorizzazioni, con deliberazione n. 718 del 21.12.2018, a recepimento delle specifiche Linee guida regionali, è stato adottato il Regolamento aziendale sulla sponsorizzazione degli eventi formativi che prevede, tra l'altro, l'assoggettamento ad autorizzazione preventiva degli incarichi di relatore/moderatore o formatore/docente in attività di tipo scientifico convegnistico organizzate da società che abbiano in essere attività di sperimentazione con l'Azienda.
F)	**INCONFERIBILITÀ**	D.Lgs. 39/2013 Capi II, III, IV	Il *D.Lgs. 39/2013* disciplina le ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico. Ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. g) D.lgs. n. 39/2013, **l'inconferibilità** comporta la preclusione, permanente o temporanea, al conferimento degli incarichi previsti dal d.lgs. n. 39/2013 a coloro che:	In attuazione dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 190/2012, con l'obiettivo di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interesse e, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, è stato approvato il Decreto delegato *de quo* che prevede e disciplina una serie articolata di

G)	**INCOMPATIBILITÀ**	D.Lgs. 39/2013 Capi V, VI	- abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale; - abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi; - siano stati componenti di organi di indirizzo politico. La dichiarazione di insussistenza di una delle fattispecie sopra indicate è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico (art. 20, co. 4 d.lgs. n. 39/2013). Ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. h) D.lgs. n. 39/2013, **l'incompatibilità** comporta l'obbligo, per il soggetto cui viene conferito l'incarico, di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.	cause di inconferibilità e incompatibilità, con riferimento alle seguenti tipologie di incarichi: - incarichi amministrativi di vertice; - incarichi dirigenziali o di responsabilità, interni ed esterni, nelle pubbliche amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico; - incarichi di amministratore di ente di diritto privato in controllo pubblico. Si richiama, a tal proposito, la sentenza n. 5583/2014 emessa dalla terza Sezione del Consiglio di Stato e la deliberazione ANAC 22.12.2014, n. 149 ad oggetto *"Interpretazione e applicazione del Decreto Legislativo n. 39/2013 nel 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, escludendo da quel regime il personale ad essi subordinato, pur se rivestito di funzioni denominate "dirigenziali" . Come ribadito nella delibera ANAC n. 1146 del 25.09.2019 relativa all'applicabilità della disciplina del d.lgs. n. 39/2013 agli incarichi dirigenziali - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario "*solamente il direttore generale, il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono ritenuti titolari di*

				competenze gestorie e, dunque, inclusi nelle preclusioni e i limiti del d.lgs. n. 39/2013. Tutti gli altri dirigenti sanitari, medici e non medici (farmacisti, biologi, psicologi ecc.) sono esclusi dall'ambito della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità". L'art. 20 del D. lgs. 39/2013 pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dallo stesso decreto. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4). Per il conferimento di incarichi dirigenziali, al fine di prevenire tutte le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità previste dalle disposizioni di cui ai Capi III, IV e VI del D.lgs. 39/2013, la UOC Organizzazione Risorse Umane: - acquisisce le dichiarazioni al fine del conferimento dell'incarico dirigenziale; -provvede alla pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013; - provvede alla verifica della veridicità delle dichiarazioni rese presso le Procure di competenza; - richiede ai dirigenti interessati l'aggiornamento delle dichiarazioni al fine di verificare l'eventuale verificarsi di una causa di incompatibilità o inconferibilità.

H)	**ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DAL SERVIZIO**	D.Lgs. 165/2001 e smi.	*D.Lgs. 165/2001, art. 53*, co 16-ter. I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.	La Legge 190/2012 ha valutato anche l'ipotesi che il dipendente pubblico possa sfruttare la posizione acquisita durante il periodo di servizio per precostituire delle condizioni favorevoli al futuro ottenimento di incarichi presso le imprese o i privati con i quali è entrato in contatto durante lo svolgimento della sua attività amministrativa. Non tutti i dipendenti sono interessati da questa fattispecie, ma soltanto coloro che hanno la possibilità di influenzare il contenuto degli atti amministrativi che riguardano gli interessi di soggetti esterni all'amministrazione (poteri autoritativi o negoziali). Misure in atto: - previsione nei contratti di assunzione del personale dipendente, a tempo indeterminato e determinato, della clausola di divieto di attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo), per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei destinatari di provvedimenti o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente/lavoratore autonomo; - inserimento nei prototipi di domanda di dimissione dal servizio (compresi i casi di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione) di apposita dichiarazione con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di pantouflage; - inserimento, nella domanda di partecipazione alle procedure di gara presentata dall'operatore economico, del requisito generale

				di non aver stipulato contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti ed ex lavoratori autonomi dell'ASST che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'ASST, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto, pena l'immediata esclusione dell'operatore economico dalla procedura di affidamento e l'impossibilità per lo stesso di contrattare con l'ASST per i successivi tre anni. Colui che venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, è tenuto a segnalare detta violazione per le conseguenti verifiche e segnalazioni da parte del RPCT, all'ANAC ed eventualmente al soggetto privato.
I)	**FORMAZIONE COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI, CONFERIMENTO INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA P.A.**	D.Lgs. 165/2001 e smi Legge 190/2012 e smi.	*D.Lgs. 165/2001, art. 35-bis* …1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale: a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati; c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.	La disposizione pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. Prima della nomina della Commissione, il Responsabile di procedimento acquisisce apposita dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000, utilizzando il modulo standard appositamente predisposto. Il monitoraggio per la verifica del rispetto dei divieti contenuti nell'art. 35-bis è disposta dal Responsabile del procedimento tramite acquisizione del casellario giudiziale e del certificato dei carichi pendenti per i componenti esterni la commissione. Relativamente ai dipendenti ASST provvederà l'UOC Gestione Risorse Umane a cui il Responsabile del procedimento invierà

				copie delle autocertificazioni acquisite. Compete all'UOC Gestione Risorse Umane le verifiche di cui alla lett. b) della normativa *de quo*. Se, all'esito della verifica, risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda: -si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione; - applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013 2013 e le sanzioni previste dall'art. 18 del D.Lgs. 39/2013.; - provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto e a dichiarare la nullità dell'atto di conferimento dell'incarico ex art. 17 del D.Lgs. 39/2013; - in caso di formazione di commissioni: dichiara l'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento. Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, il RPCT, non appena ne sia a conoscenza, provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta, ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.
L)	**TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALA ILLECITI**	Legge 190/2012 e smi Legge	La nuova Legge 30.11.2017. n. 179, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale in data 14.12.2017 *"Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico e privato"* modifica l'art.	Si rinvia al *Capitolo 13* del PTPC specificatamente dedicato alla misura.

		179/2017 D.Lgs. 165/2001 e smi	54 *bis*, del D.Lgs. 165/2001 e smi in materia d tutela del dipendente che segnala illeciti	
M)	**FORMAZIONE DEL PERSONALE**	Legge 190/2012 e smi	*Legge 190/2012, art. 1* …8. Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza definisce procedure appropriate per selezionare e formare, ai sensi del comma 10, i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione. Le attività a rischio di corruzione devono essere svolte, ove possibile, dal personale di cui al comma 11*;* …10*.* Il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche: ….c) ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione di cui al comma 11; ….11. La Scuola superiore della pubblica amministrazione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e utilizzando le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, predispone percorsi, anche specifici e settoriali, di formazione dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni statali sui temi dell'etica e della legalità. Con cadenza periodica e d'intesa con le amministrazioni, provvede alla formazione dei dipendenti pubblici chiamati ad operare nei settori in cui è più elevato, sulla base dei piani adottati dalle singole amministrazioni, il rischio che siano commessi reati di corruzione.	Si rinvia al *Capitolo 12* del PTPC specificatamente dedicato alla misura*.*
N)	**PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI E/O CLAUSOLE DI**	Legge 190/2012 e smi DGR n. XI/1751/2019	*Legge 190/2012, art. 1* …17. Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara.	Lo strumento dei patti di integrità rappresenta per la Legge n. 190/2012 un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante quale presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad

	LEGALITÀ			una gara di appalto. E' inteso come un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti. Con DGR n. XI/1751/2019 la Giunta regionale Regione Lombardia ha approvato il *"Patto di integrità in materia di contratti pubblici della Regione Lombardia e degli enti del sistema regionale di cui all'all. A1 alla L.R. 27 dicembre 2006, n. 30".* Il patto è parte integrante dei contratti e viene sottoscritto per accettazione dai contraenti.

11. COORDINAMENTO CON IL CICLO DI GESTIONE DELLA *PERFORMANCE*

Per *misurazione* si intende l'attività di quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati e degli impatti da questi prodotti, attraverso il ricorso a indicatori.

Per *valutazione* si intende l'attività di analisi e interpretazione dei valori misurati, che tiene conto dei fattori di contesto che possono avere determinato l'allineamento o lo scostamento rispetto ad un valore di riferimento.

Misurazione e valutazione della performance sono attività distinte ma complementari, in quanto fasi del più ampio **CICLO DELLA *PERFORMANCE***.

Nella prima fase del ciclo (*programmazione*), l'Azienda definisce gli obiettivi che si prefigge di raggiungere nel medio - lungo e nel breve periodo. La fase di programmazione serve ad orientare le *performance* individuali in funzione della *performance* organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di valore pubblico.

L'*output* della fase di programmazione non è unico, ma include diversi documenti di programmazione (anche in virtù delle diverse finalità degli atti di programmazione previsti dalle disposizioni normative vigenti), complementari l'uno all'altro, in quanto tutti parte di un unico e più ampio processo di pianificazione e programmazione.
Le misure contenute nel PTPCT 2022-2024 costituiscono per l'ASST obiettivi strategici inseriti nel **PIANO DELLA *PERFORMANCE* 2022-2024**.

Le predette misure vengono tradotte in obiettivi organizzativi per centro di responsabilità; su tali obiettivi si basa poi la misurazione e la valutazione della *performance,* come da Piano della *Performance 2022-2024,* adottato con Deliberazione DG n. 43 del 31.01.2022.

Si propone di seguito la scheda tipo di budget 2022 relativamente agli obiettivi di prevenzione della corruzione/trasparenza di cui al PTPCT 2022-2024.

OBIETTIVI ANNO 2022

UOC ……. - Resp. …….

Tipologia Obiettivo	Obiettivi	Azioni	Indicatori	Tempistica raggiungimento	Peso dirigenza	Peso comparto	UOC coinvolte
Aziendale	Prevenzione Corruzione/ Trasparenza	Attuazione delle misure di prevenzione di cui al PTPCT 2022 2024 (ALL.1)	n. azioni attuate/ n. azioni previste (>=90%)	31.12.2022			

Il Direttore Generale

_____

Il Direttore

……..

Data

_____

_____

_____

_____

Il Direttore della UOC

_____

_____

_____

12. PIANO DI FORMAZIONE

La formazione ha da sempre rappresentato una delle principali misure di prevenzione indicate dal PNA e suoi aggiornamenti.

L'ASST pianifica azioni tese a far acquisire e mantenere nel tempo le competenze che le risorse coinvolte nei processi a rischio devono possedere per un'efficace attuazione del sistema di gestione della prevenzione della corruzione. A tali soggetti sono destinate azioni di aggiornamento, affiancamento, formazione attraverso la partecipazione a:

- iniziative formative di e-learning ovvero iniziative di formazioni in aula inserite nel Piano Formativo Aziendale 2022 approvato con deliberazione n. 196 del 21.04.2022;
- eventi formativi fuori sede, ovvero a convegni, seminari, corsi qualificati dal punto di vista tecnico specialistico promossi da Università, Aziende/Agenzie del Sireg, Enti esterni.

Il contenuto della formazione, secondo un approccio normativo-specialistico e valoriale, sarà adattato al ruolo del personale ed avrà una portata:

- più "generalista" per il personale non sottoposto a rischi significativi;
- più "dettagliata" per chi opera nelle aree di attività cd "sensibili", esposte a più alto rischio.
-

13.WHISLTEBLOWING

Proseguiranno nel 2022 le sessioni formative per l'accoglienza e formazione del personale neo assunto, tenute da un gruppo di lavoro aziendale, a valenza multidisciplinare, di cui fa parte anche il Responsabile anticorruzione per le tematiche dell'etica e della legalità.

In tema di whistleblowing, con deliberazione n. 157 del 05.05.2016 è stato approvato il regolamento aziendale *"Disciplina delle misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti"* e relativi allegati:

- sub a 1) *modello per la segnalazione di condotte illecite*
- sub a 2) *indicazioni operative per la denuncia del danno erariale*

La documentazione è pubblicata sul sito internet istituzionale- Sezione Amministrazione Trasparente al link http://www.gpini.it/main-menu/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-corruzione/).

Con deliberazione ANAC n. 469 del 9 giugno 2021, sono state aggiornate le Linee guida in materia, ai sensi dell'art. 54-bis del d.lgs. n. 165/2001 e della Legge n.179/2017 *"Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*".

Le nuove Linee Guida pongono particolare attenzione alla tutela della privacy del *whistleblower*, del segnalato ed all'adozione da parte dell'Azienda di misure di mitigazione del rischio di ritorsioni.

La novità normativa infatti, su quest'ultimo aspetto, sanziona i responsabili di atti discriminatori e/o di misure ritorsive (quali ad esempio il demansionamento e il licenziamento), posti in essere dall'Ente nei confronti del dipendente, a seguito della segnalazione medesima.

Il RPCT avvierà nel corso del 2022 i lavori di approfondimento, con il supporto dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari e la UOC Organizzazione Risorse Umane per l'elaborazione di una bozza di revisione del Regolamento attuale, da adottare verosimilmente entro il mese di aprile 2023, che dovrà disciplinare, nello specifico, così come previsto dalle nuove specifiche Linee guida ANAC, i tempi per l'avvio e la definizione delle istruttorie delle segnalazioni ricevute.

Attualmente, il sistema delle segnalazioni in uso garantisce la tutela e segretezza dell'identità del segnalante, che può avvalersi della casella di posta elettronica (trasparenzaeanticorruzione@asst-pini-cto.it) direttamente ed esclusivamente accessibile al RPCT.
E' in fase di attivazione, a cura del RPCT e del Dirigente UOC Sistemi informativi aziendali, la procedura informatizzata "Whistleblowing PA", messa a disposizione, a titolo gratuito, da Transparency International Italia, che offre maggiori garanzie a tutela dell'identità del segnalante e, in generale, uno strumento più avanzato per la gestione delle segnalazioni di whistleblowing.

Si precisa infine che, nel corso del 2021 non sono pervenute segnalazioni di whistleblowing né da parte di dipendenti, né di soggetti esterni o in forma anonima.

14. SISTEMA DISCIPLINARE: IL CODICE DI COMPORTAMENTO

Ai sensi dell'art. 1, comma 14, della Legge n. 190/2012 e successive modifiche ed integrazioni, in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste, il RPCT risponde ai sensi dell'art. 21 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i, nonché per omesso controllo, sul piano disciplinare.

Per i dipendenti dell'ASST, la violazione delle misure di prevenzione, previste dal presente Piano, costituisce illecito disciplinare.

L'Allegato 3 *Tabella degli obblighi di pubblicazione"*, parte integrale e sostanziale del Piano - Sezione Seconda "TRASPARENZA" individua, nel dettaglio, i riferimenti normativi ed i contenuti dei singoli obblighi di pubblicazione nonché l'indicazione del Responsabile della struttura aziendale responsabile della pubblicazione, completo delle correlate indicazioni circa l'assolvimento degli obblighi.

Il Codice di Comportamento aziendale, approvato con deliberazione DG n. 43/2014, disciplina espressamente gli istituti del whistleblowing, degli incarichi extra-istituzionali dei dipendenti (art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e s.mi.i.), dell'incompatibilità ed inconferibilità degli incarichi dirigenziali (D.Lgs. 39/2013), del conflitto di interessi e dell'obbligo di astensione (artt. 6 e 7 del DPR 63/2013).

Con deliberazione ANAC n. 177/2020, sono state aggiornate le Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento integrativi, ai sensi dell'art. 54, comma 5 del D.lgs. n. 165/2001.
Nel corso del 2022, l'ASST procederà all'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, la cui bozza verrà elaborata dal RPCT in collaborazione con il Nucleo di Valutazione e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (entrambi ricostituiti nel luglio 2021), e sottoposta, prima dell'approvazione, a procedura partecipativa per il coinvolgimento degli stakeholder.
Il nuovo Codice di Comportamento aziendale avrà l'obiettivo di estendere la sua applicazione al maggior numero di soggetti che, a vario titolo, intrattengono rapporti professionali con l'Azienda.

Il vigente Codice di comportamento aziendale è pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet istituzionale al link https://www.asst-pini-cto.it/codice-di-comportamento.

15. MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, ovvero la verifica che le misure previste siano state attuate e con la raccolta e valutazione delle azioni di risposta. In sostanza questa attività è finalizzata alla verifica dell'efficacia del sistema di prevenzione adottato e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori azioni di miglioramento.

Al fine di una più efficace vigilanza sull'attività, il RPCT si avvale, secondo competenza, delle diverse funzioni specialistiche aziendali e dei Direttori di Dipartimento, Direttori/Responsabili di unità operative che concorrono a formale la propria rete di supporto.

E' compito del Responsabile della prevenzione della corruzione verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità. A tal fine redige, entro il 15 dicembre di ogni anno (fatte salve diverse determinazioni dell'ANAC), una relazione annuale ai sensi dell'art. 1 della Legge n. 190/2012, che offre il rendiconto sull'applicazione delle misure di prevenzione definite nel Piano, curandone la successiva pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda, nella sezione dedicata dell'Amministrazione Trasparente nonché l'invio al Direttore Generale e al Nucleo di Valutazione delle *Performance*/Prestazioni.

Il RPCT svolge altresì, come previsto dall'art. 43 del Decreto Legislativo n. 33/2013 e successive modifiche, l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio su base periodica che varia a seconda della tipologia di dati come indicato nella Sezione Seconda del presente Piano dedicata alla **TRASPARENZA**, mediante riscontro tra quanto trasmesso e pubblicato e quanto previsto nel Programma.

15.1 Il Piano di Audit

L'attività di auditing è una "misura di contrasto alla corruzione", che si propone di verificare la conformità normativa e il livello di efficacia ed efficienza dei processi, rientranti nelle Aree di rischio corruttivo, con l'obiettivo di:

- rispondere alle aspettative del Management aziendale in termini di mitigazione dei rischi delle attività e dei processi;
- verificare l'efficacia del sistema dei controlli e la conformità delle procedure e dei processi alla normativa di riferimento;
- accertare attraverso interventi di follow-up l'effettiva implementazione delle raccomandazioni e dei piani d'azione relativi agli audit precedentemente effettuati.

Tra gli adempimenti del Responsabile della Funzione Anticorruzione, Trasparenza ed Internal Auditing rientra la pianificazione annuale delle attività di audit.
Con deliberazione n. 101 del 25.02.2022 è stato adottato il Piano delle attività di Internal Auditing anno 2022, di seguito riportate:

N. 1 - ATTIVITÀ/PROCESSO: prestazioni ambulatoriali SSR e relativi tempi di attesa

TIPOLOGIA DI RISCHIO: conformità/amministrativo - contabile

OBIETTIVO AUDIT: miglioramento del sistema di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime SSR, sulla gestione delle agende e sul rispetto dei relativi tempi di attesa.

STRUTTURA AUDITATA: UOC Gestione Operativa

N. 2 - ATTIVITÀ/PROCESSO: rapporto tra volumi delle prestazioni in SSR e in Libera Professione

TIPOLOGIA DI RISCHIO: amministrativo - contabile

OBIETTIVO AUDIT: monitoraggio del rapporto tra i volumi di attività istituzionale attesi e i tetti di libera professione definiti nei budget di Struttura, ai fini del bilanciamento tra l'offerta di libera professione e l'attività istituzionale.

STRUTTURA AUDITATA: UOC Gestione Operativa.

N. 3 - ATTIVITÀ/PROCESSO: recupero crediti dell'Azienda

TIPOLOGIA DI RISCHIO: conformità/amministrativo - contabile

OBIETTIVO AUDIT: conformità della procedura di recupero dei crediti insoluti per prestazioni sanitarie con focus sulle prestazioni non urgenti erogate in Pronto Soccorso.

STRUTTURA AUDITATA: UOC Economico-Finanziaria – UOC Gestione Operativa – UOC Affari Generali Istituzionali e Legali

N. 4 - ATTIVITÀ/PROCESSO: **servizio di gestione e manutenzione delle apparecchiature elettromedicali in modalità global service**

TIPOLOGIA DI RISCHIO: amministrativo-contabile

OBIETTIVO AUDIT: corrispondenza tra la consistenza dell'inventario utilizzato per la determinazione del canone del servizio di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali gestite in outsourcing e parco macchine esistente.

STRUTTURA AUDITATA: UOS Ingegneria Clinica

N. 5 - ATTIVITÀ/PROCESSO: servizio di pulizia e sanificazione per le esigenze dell'ASST

TIPOLOGIA DI RISCHIO: amministrativo-contabile

OBIETTIVO AUDIT: sistema di rideterminazione del canone in funzione della riorganizzazione degli spazi/aree oggetto del servizio di che trattasi.

STRUTTURA AUDITATA: UOC Acquisti e Logistica

N. 6 - ATTIVITÀ/PROCESSO: **magazzino SAGBO**

TIPOLOGIA DI RISCHIO: amministrativo-contabile

OBIETTIVO AUDIT: processo di riorganizzazione del magazzino di giacenza del materiale protesico destinato alle sale operatorie del P.O. G. Pini.

STRUTTURA AUDITATA: UOC Acquisti e Logistica

L'aggiornamento annuale del Piano, che segue la stessa procedura prevista per l'adozione del PTPC, si attiva al verificarsi dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali;
- modifiche interne all'amministrazione (variazioni assetto organizzativo, acquisizione nuove competenze);
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del PTPC.
- nuovi indirizzi o direttive contenute nel PNA o emanate da ANAC.

SEZIONE SECONDA: TRASPARENZA

INTRODUZIONE

La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

In questa sezione sono definite le misure, le procedure e le iniziative finalizzate all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi delle informazioni e l'alimentazione della sezione "Amministrazione Trasparente".

I dati, le informazioni ed i documenti oggetto di pubblicazione individuati dal Decreto Legislativo n. 33/2013 sono stati oggetto di revisione e semplificazione dal Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 e di intervento da parte di ANAC con apposite Linee Guida (Delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1310). Il predetto Decreto introduce l'istituto del diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria, descritto nel successivo paragrafo 8.

1. ACCESSO AI DATI, ALLE INFORMAZIONI E AI DOCUMENTI

Ai fini della piena accessibilità alle informazioni, nella homepage del sito web aziendale (inserita www.asst-pini-cto.it) è inserita un'apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente", contenente i dati, le informazioni e i documenti pubblicati ai sensi della normativa vigente.

La struttura delle informazioni sul sito istituzionale è prevista dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.

La sezione "Amministrazione Trasparente" è organizzata in sotto-sezioni (di primo e di secondo livello) all'interno delle quali devono essere inseriti i documenti, le informazioni e i dati di cui alla delibera ANAC n. 1310/2016 sopra richiamata.

La pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti previsti può essere anche garantita attraverso il collegamento ipertestuale alle banche dati dei siti web in cui sono presenti i relativi dati, assicurandone comunque la qualità di tali informazioni.

Le amministrazioni non possono disporre filtri e altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione Amministrazione Trasparente.

2. RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE E DELL'AGGIORNAMENTO DEI DATI, DELLE INFORMAZIONI E DEI DOCUMENTI

I Responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati, delle informazioni e dei documenti oggetto di pubblicità obbligatoria sono i Dirigenti di struttura, secondo competenza.

Nell'ALLEGATO 2 "*Tabella degli obblighi di pubblicazione"* sono definiti, con riferimento a ciascuna sotto-sezione dell'Amministrazione Trasparente, gli obblighi di pubblicazione (contenuto/tempistica) e individuate le funzioni aziendali deputate all'assolvimento dell'adempimento.

Per i contenuti che potenzialmente interessano trasversalmente più articolazioni organizzative aziendali si è ritenuto, convenzionalmente, di indicare "Responsabile per materia".

3. QUALITÀ DELLE INFORMAZIONI

Le Pubbliche Amministrazioni garantiscono la qualità delle informazioni presenti nel sito istituzionale, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità.

Un dato si ritiene pubblicato in modo completo se la pubblicazione è esatta ed accurata.

Per quanto riguarda l'esattezza si fa riferimento alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. Per innalzare il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione, si privilegerà l'esposizione sintetica e in forma tabellare dei dati oggetto di pubblicità.

Per l'accuratezza, invece, si fa riferimento alla capacità dello stesso di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.

Le pubbliche amministrazioni sono tenute a controllare anche l'aggiornamento delle informazioni pubblicate e a modificarle, ove sia necessario. Con il termine aggiornamento non si intende necessariamente la modifica del dato, essendo talvolta sufficiente un controllo dell'attualità delle informazioni pubblicate, anche a tutela di eventuali interessi individuali coinvolti.

I documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, sono pubblicati in formato di tipo aperto, ai sensi dell'art. 68 del Codice dell'Amministrazione Digitale di cui al Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i, e sono riutilizzabili ai sensi del Decreto Legislativo 24 gennaio 2006, n. 36 e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

L'ASST, al fine di garantire un utilizzo sempre più efficace dei dati di tipo aperto, si impegna ad un progressivo allineamento all'evoluzione normativa, avendo come punto di riferimento le Linee Guida emanate dall'Agenzia per l'Italia Digitale relativamente agli standard, alle tecnologie e alle licenze d'uso dei dati.

I documenti pubblicati daranno evidenza dei dati di contesto, ovvero:

- fonte (articolazione organizzativa di riferimento);
- oggetto della pubblicazione;
- revisione (dati di prima pubblicazione o eventuale aggiornamento);
- validità (periodo al quale i dati si riferiscono);
- in vigore dal: (data adozione atto);
- data di pubblicazione.

L'esigenza di assicurare un'adeguata qualità delle informazioni non può, in ogni caso, costituire motivo per l'omessa o ritardata pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti.

4. DURATA E DECORRENZA DELL'OBBLIGO DI PUBBLICAZIONE

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi della normativa vigente, sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (articoli 14, comma 2, e 15, comma 4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.
Decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili ai sensi dell'art. 5 del D.lgs. 33/2013 (Accesso Civico).

5. PROTEZIONE DATI PERSONALI

La pubblicazione *on line* dei dati, delle informazioni e dei documenti oggetto di pubblicità obbligatoria rispetterà, in ogni caso, i limiti posti dalla legge in materia di protezione dei dati personali così da realizzare un punto di equilibrio tra i valori che i due ambiti riflettono in sede di concreta applicazione.

Ai fini della pubblicazione dei dati è necessario considerare preliminarmente la normativa relativa alla protezione dei dati personali, così come delineata dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 10, che ha adeguato il Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003) alle disposizioni del Regolamento Europeo.

L'art. 2 ter del D.Lgs. 196/2003 - introdotto dal D.Lgs. n. 101/2018 - in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che, la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, "*è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento*".

Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che "La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1".

L'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, vale a dire di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza.

Il medesimo D.Lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone, inoltre, che: "*nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione*".

Vige l'assoluto divieto di pubblicare dati inerenti lo stato di salute, le disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di segreto statistico.
Infine la figura del Responsabile dei dati (RPD) introdotta dal Regolamento (UE) 2016/679, costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT.
Il RPD ai sensi della normativa europea, svolge specifici compiti anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato ad informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti dalla normativa in materia di protezione di protezione dei dati personali.
Il RPD costituisce, per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, una figura di riferimento anche per il RPCT che, ad esempio, nel caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato riguardanti profili attinenti alla protezione dei dati personali, le stesse, sono decise, così come disposto dall'art. 5 comma 7, del D.Lgs. 33/2013, dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali.
In questi casi, se ritenuto necessario, il RPCT, secondo quanto disposto dal PNA 2019, può avvalersi, limitatamente a profili di carattere generale, del supporto del RPD nell'ottica della collaborazione fra Uffici.

6. PROCEDURA DI ALIMENTAZIONE SEZIONE AMMINISTRAZIONE

Per il rispetto degli obblighi di pubblicazione è fondamentale, oltre alla chiara individuazione dei responsabili della pubblicazione dei dati e dei documenti, la programmazione ordinata della trasparenza, a partire dalla definizione puntuale della procedura di alimentazione e gestione della Sezione "Amministrazione Trasparente".

Di seguito, se ne propone la rappresentazione:

Definizione Obblighi di Pubblicità e individuazione Responsabili dell'ottemperanza e (PTPCT)

Ciascun Responsabile individua un Referente Operativo per il caricamento dei dati. Il nominativo del Referente deve essere comunicato al RPCT che autorizza l'Ufficio Comunicazione ed i Sistemi informativi ad abilitare l'utente al caricamento dei dati

I Referenti inseriscono i dati e i documenti richiesti nel rispetto dei tempi e dei formati previsti dalla normativa e ne assicurano l'aggiornamento

I Responsabile dell'adempimento rendiconta periodicamente (di norma in coicidenza con il monitoraggio obiettivi) l'assolvimento degli obblighi

Laddove fossero necessarie operazioni differenti dal semplice caricamento (es: inserimento testo, creazioni cartelle, ecc) il Referente formalizzerà richiesta e-mail al RPCT che autorizzerà la Comunicazione ed i Sistemi Informatici,ad evadere la richiesta dandone riscontro al Referente

Il Responsabile dell'obbligo segnala tempestivamente al RPCT le eventuali criticità nel rispetto degli adempimenti di sua competenza

Al Responsabile dell'adempimento è richiesto di autocertificare il livello di assolvimento degli obblighi di pubblicità ai fini dell'attestazione annuale del NVPP

Il RPCT vigila sul processo, effettua monitoraggi a campione e svolge funzione di impulso e di supporto rispetto alle azioni richieste dalla normativa

7. MONITORAGGIO E VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza vigila sull'ottemperanza degli obblighi in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni.
La verifica dell'ottemperanza dell'obbligo di pubblicità obbligatoria sarà effettuata a campione, attraverso la navigazione della SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE, colloqui con i Responsabili, *audit* anche documentali.

Il monitoraggio sarà trimestrale, semestrale, annuale o tempestivo in relazione alla tipologia di atto/dato/documento oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Dei risultati del monitoraggio sarà data evidenza nella relazione annuale del RPCT, ex art. 1, comma 14, Legge n. 190/2012.

Il Responsabile collabora con il Nucleo di Valutazione delle *Performance*/Prestazioni del personale nell'attività di verifica sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

8. ACCESSO DOCUMENTALE, ACCESSO CIVICO SEMPLICE E ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

Con deliberazione n. 610 del 14.12.2017, l'Azienda ha adottato il regolamento disciplinante le tre diverse tipologie di accesso, indicando i rispettivi limiti di applicazione.
Il regolamento prevede:
1. una sezione dedicata alla disciplina dell'accesso documentale (L. n.241/90 e s.m.i.);
2. una sezione dedicata alla disciplina dell'accesso civico ("semplice") connesso agli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 33/2013;
3. una terza 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.

Per **accesso civico semplice** si intende il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni e dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente (art. 5, d.lgs. 33/2103) nei casi in cui l'Azienda ne abbia omesso la pubblicazione sul proprio sito web istituzionale.
La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al RPCT attraverso un modulo di richiesta pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente" sottosezione "Altri contenuti - accesso civico" al link https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-accesso-civico.

Nei casi di ritardo o mancata risposta, il richiedente può ricorrere al Direttore Amministrativo, titolare del potere sostitutivo che, verificata la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, provvede entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza.

Anche il modulo dell'istanza al titolare del potere sostitutivo è disponibile nella sottosezione "Altri contenuti - accesso civico" https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-accesso-civico.

RESPONSABILE DELLA FUNZIONE TRASPARENZA ANTICORRUZIONE E INTERNAL AUDITING:

Dott.ssa Marilena Moretti
Mail: trasparenzaeanticorruzione@asst-pini-cto.it
PEC: protocollo@pec.asst-pini-cto.it

Per **accesso civico generalizzato**, disciplinato dall'art. 5 bis del D.Lgs. 33/2013 introdotto dal D. Lgs 25 maggio 2016 n. 97, s'intende il diritto di chiunque di chiedere ed ottenere che le Pubbliche Amministrazioni pubblichino atti, documenti ed informazioni che le stesse 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.

Ai sensi dell'art. 6, comma 1, D.Lgs. n. 97/2016, l'istanza di accesso che non richiede alcuna 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 D.Lgs. n. 97/2016.

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

Il predetto regolamento attribuisce alla UOC Affari Generali Istituzionali e Legali la competenza a gestire le richieste di accesso civico generalizzato coerentemente con le indicazioni di cui alle Linee Guida ANAC n. 1309/2016.
La predetta UOC assegna ai singoli Uffici le richieste di accesso sulla base della specifica competenza onde consentire l'istruttoria e la trasmissione dei riscontri agli istanti.

Infine il regolamento vigente in materia ha istituito il "Registro degli accessi" contenente le richieste di accesso pervenute, distinte per tipologia (accesso ai documenti

amministrativi, accesso civico o accesso generalizzato). Viene aggiornato ogni anno e pubblicato sul sito web istituzionale dell'ASST – sez. "Amministrazione Trasparente" al link https://www.asst-pini-cto.it/altri-contenuti-prevenzione-corruzione.