



Deliberazione n. 0000765 del 30/03/2021 - Atti U.O. S.C. Gestione Op. Area Territoriale

**Oggetto: APPROVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2021-2023 – ANNO 2021.**

## IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

**Premesso** che, con DGR n. X/4473 del 10.12.2015, è stata costituita l'“Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) Santi Paolo e Carlo” e che, pertanto, quest'ultima, ai sensi dell'art. 2, comma 8, lettera c), della Legge Regionale n. 23 dell'11.8.2015, a decorrere dall'1.1.2016, è subentrata nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alle A.O. San Paolo e A.O. San Carlo;

**Vista** la propria Deliberazione n. 1 dell'1.1.2016, esecutiva ai sensi di legge, avente ad oggetto “Preso d'atto della DGR n. X/4473 del 10.12.2015 “Attuazione L.R. 23/2015: Costituzione Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) Santi Paolo e Carlo”;

**Preso atto** che la Giunta Regionale della Lombardia, con D.G.R. n. XI/1065 del 17/12/2018, ha nominato il Dott. Matteo Stocco, quale Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Santi Paolo e Carlo con decorrenza dal 01.01.2019 al 31.12.2023;

**Preso atto** della deliberazione n. 397 del 19.02.2021 avente per oggetto: “Approvazione proposta di Bilancio Preventivo Economico esercizio 2021. Versione V1”;

**Vista** la deliberazione n. 349 del 1° marzo 2019 con la quale è stato nominato il Dr. Francesco Giglio quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;

Richiamati:

- la Legge 6 novembre 2012, n.190 e ss.mm.ii., che ha introdotto misure e strumenti per contrastare la corruzione e l'illegalità nella pubblica amministrazione, prevedendo tra l'altro, l'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) entro il gennaio di ogni anno, su proposta del Responsabile di cui all'art. 1, comma 7, della citata legge;
- il Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 e ss.mm.ii., avente ad oggetto “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, in vigore dal 20 aprile 2013;
- l'art. 10) del D. Lgs. 97/2016, che ha modificato l'art. 10) del D. Lgs. n. 33/2013 ha soppresso l'obbligo, a carico delle amministrazioni pubbliche, di redazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI), sostituendolo con l'obbligo di indicazione, in un'apposita sezione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC), dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013.

**Considerato** che, in osservanza all'art. 8 della cit. legge 190/2012, l'organo di indirizzo è tenuto ad adottare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, entro il 31 gennaio di ogni anno;

**Visto** il comunicato ANAC datato 2 dicembre 2020, con il quale comunica il differimento al 31 marzo 2021 la predisposizione la pubblicazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023 anno 2021;

**Ritenuto** pertanto di procedere con l'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anni 2021-2023 – Anno 2021 della ASST Santi Paolo e Carlo al fine di ottemperare alle indicazioni fornite da ANAC con Determinazione n.1064 del 13/11/2019;

**Visto** di Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anno 2021-2023 – Anno 2021, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

### **IL DIRETTORE GENERALE**

**Acquisiti** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e del Direttore Socio-Sanitario;

### **DELIBERA**

Per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti:

1. di aggiornare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anno 2021-2023 – Anno 2021 della ASST Santi Paolo e Carlo, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
3. di provvedere alla pubblicazione sul sito internet aziendale della voce “Amministrazione Trasparente/Altri Contenuti/Anticorruzione” del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anno 2021- 2023 – Anno 2021, di cui alla presente deliberazione;
4. di dare atto che il presente provvedimento è assunto su proposta del Dr. Francesco Giglio in qualità di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
5. di dare atto che il presente provvedimento deliberativo è immediatamente esecutivo, in quanto non soggetto a controllo di Giunta Regionale, e che verrà pubblicato sul sito internet Aziendale, ai sensi dell'art. 17 comma 6 L. R. n. 33/2009 e ss.mm.ii.



Documento firmato digitalmente da: Direttore Amministrativo Daniela Bianchi, Direttore Sanitario Nicola Vincenzo Orfeo, Direttore Socio Sanitario Giorgio Luciano Cattaneo, Direttore Generale Matteo Stocco ai sensi della normativa vigente.

Pratica trattata da: Cristiana Mariga

Dirigente/Responsabile proponente: Francesco Giglio

Il presente atto si compone di n. 90 pagine, di cui n. 87 pagine di allegati che costituiscono parte integrante e sostanziale.



# **PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2021-2023**

*Anno 2021*



## SOMMARIO

PREMESSA.....	3
1. FONTI NORMATIVE.....	4
2. ACRONIMI.....	5
3. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE .....	5
4. OGGETTO E FINALITA' DEL PTPCT.....	6
5. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPTC) E I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	8
6. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	14
7. METODOLOGIA E STRUMENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	14
8. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO .....	15
9. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E MAPPATURA DEI PROCESSI.....	15
10. ORGANI DELLA ASST SANTI PAOLO E CARLO.....	16
11. ATTUALE ASSETTO PRODUTTIVO.....	17
12. OBIETTIVI DI GESTIONE.....	18
13. NUOVO ASSETTO: L'INTEGRAZIONE TERRITORIALE.....	18
14. RUOLO DELL'UNIVERSITA'.....	19
15. MODELLO DI SVILUPPO.....	19
16. MODELLO ORGANIZZATIVO.....	21
17. VALUTAZIONE E ANALISI DEI RISCHI.....	35
18. TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	35
19. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE.....	36
20. MAPPATURA DEI PROCESSI.....	36
21. TRATTAMENTO DEI RISCHI – MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	36
22. LE MISURE GENERALI TRASVERSALI.....	38
23. PIANO DELLA TRASPARENZA.....	43
24. L'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO.....	46
25. LE SANZIONI.....	47
26. DISPOSIZIONI FINALI.....	47



## PREMESSA

Il presente documento costituisce il PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) 2020-2022 dell'ASST Santi Paolo e Carlo e si configura come aggiornamento del precedente Piano 2019-2021, con recepimento delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019 approvato con deliberazione dell'ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019.

La legge n. 190/2012 stabilisce che le Amministrazioni Pubbliche di cui all'art. 1, co. 2 del D. Lgs. n. 165/2001, debbano adottare un Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) ai sensi dell'art. 1, co. 5 e 60 della stessa legge.

**Il PTPC dell'ASST Santi Paolo e Carlo** non è inteso né come un mero adempimento amministrativo, né come un ulteriore regolamento aziendale, bensì come una risposta puntuale, fondata sulla mappatura dei processi ed analisi dei rischi, volta a prevenire ogni condotta che possa dar luogo a fenomeni corruttivi e, in senso più ampio, come strumento finalizzato a prevenire condotte illecite nella gestione degli interessi pubblici, nonché a garantire la trasparenza, la legalità e la legittimità dell'attività amministrativa.

Pertanto, con il PTPC è possibile perseguire, nell'ambito delle strategie di prevenzione, i seguenti principali obiettivi:

- ridurre il rischio che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- garantire la massima trasparenza degli atti e dell'azione organizzativa.

Altro contenuto indefettibile del PTPC riguarda la definizione delle misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza. La soppressione del riferimento esplicito al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità per effetto della nuova disciplina dettata dall'art. 10, co. 1 del D.Lgs. n. 33/2013, come novellato dal D.Lgs. n. 97/2016, comporta che l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non sia oggetto di un separato atto, ma sia parte integrante del PTPC come "apposita sezione".

L'ASST Santi Paolo e Carlo, in coerenza con le novità legislative intervenute, ha provveduto alla redazione del **Piano per la trasparenza** quale apposita sezione, parte integrante, del presente PTPC, nella quale sono illustrate le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente in materia.

In esso vengono anche chiaramente identificati i Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni.

Il presente PTPCT è redatto secondo criteri di semplicità ed intelligibilità allo scopo di renderlo il più possibile uno strumento di agevole fruizione per tutto il personale, i collaboratori e gli *stakeholders* dell'Azienda.

Nell'elaborazione del PTPCT 2021 - 2023 e nella definizione delle misure di prevenzione della corruzione si è data partecipazione agli *stakeholder* anche attraverso comunicati mirati, in una logica di sensibilizzazione dei cittadini e delle imprese alla cura della legalità.

Nella logica di un'effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione, al **Direttore Generale**, quale Organo di indirizzo, compete l'individuazione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art. 1, co. 8 D. Lgs. n. 33/2013, come novellato dall'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016). Detti obiettivi saranno esplicitati nel Piano Triennale delle Performance dell'ASST Santi Paolo e Carlo, aggiornato annualmente. Tra questi, già l'art. 10, co. 3, del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni Amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali.

Anche il **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)** è chiamato a rafforzare il raccordo tra misure



anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle Amministrazioni e delle performance degli uffici e dei dirigenti responsabili. Detto organismo, anche ai fini della validazione della relazione annuale sulle performance, verifica che gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale siano coerenti con i contenuti del PTPCT e che nella valutazione e misurazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e agli obblighi di trasparenza.

Il presente documento risulta pertanto uno strumento preventivo, redatto in conformità alle disposizioni normative ed alle indicazioni che promanano dall'ANAC.

## 1. FONTI NORMATIVE

- L. n. 190/2012 e s.m.i. *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*;
- D.L.gs. n. 39 dell’8/04/2013 *“Disposizioni in materia di inconfiribilità 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, L. 190/12”*;
- D.L.gs. n. 33 del 14/03/2013 e s.m.i. *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell’informazione da parte delle pubbliche amministrazioni”*;
- D. L.gs. n. 165 del 30/03/2001 *“Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*;
- D.L.gs. n. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i. *“Codice in materia di protezione dei dati personali”*;
- D.L.gs. n. 150 del 27/10/2009 e s.m.i. *“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”*;
- D.P.C.M. del 16/01/2013 *“Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*;
- D.P.R. 16/04/2013, n. 62 *“Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del decreto legislativo 30/03/2001, n. 165”*;
- Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica n.1 del 25/01/2013 *“Legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”* ;
- L. n. 124 del 7.8.2015, contenente *“Deleghe al governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”* - art. 7;
- D.L.gs. n. 50 del 18.4.2016 *“Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull’aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d’appalto degli enti erogatori nei settori dell’acqua, dell’energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”*;
- D.L.gs. n. 97 del 25.5.2016 *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*;
- Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano;
- Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2 del 30/05/2017 - *Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)*;
- D.Lgs. n. 56 del 19.04.2017 *Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50”*;
- legge 14 giugno 2019, n. 55, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 18 aprile 2019, n. 32, recante disposizioni urgenti per il rilancio del settore dei contratti pubblici, per l’accelerazione degli



interventi infrastrutturali, di rigenerazione urbana e di ricostruzione a seguito di eventi sismici

### 1.1 Ulteriori documenti di riferimento

- Linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione del "Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" del 13/03/2013;
- Deliberazione n. 72 dell'11.9.2013 della CIVIT -Commissione Indipendente per la Valutazione, Trasparenza e Integrità delle Amministrazioni pubbliche- (oggi ANAC) "Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera n. 12 del 28 ottobre 2015 dell'ANAC "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera n. 831 del 3.8.2016 dell'ANAC "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016";
- Delibera n. 1310 del 28/12/2016 dell'ANAC "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.lgs 33/2013 come modificato dal D.lgs 97/2016";
- Delibera n. 1208 del 22/11/2017 dell'ANAC "Approvazione definitiva dell'aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera n. 1074 del 21/11/2018 dell'ANAC "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera n. 586 del 26.6.2019 dell'ANAC "Obblighi di pubblicazione alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019";
- Delibera n. 1064 del 13.11.2019 "Piano Nazionale Anticorruzione 2019";
- Linee guida, orientamenti, regolamenti. ecc. dell'ANAC pubblicati sul sito web [www.anticorruzione.it](http://www.anticorruzione.it);

## 2. ACRONIMI

**ASST:** Azienda Socio Sanitaria Territoriale Santi Paolo e Carlo

**PTPCT:** Piano triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza

**RPCT:** Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

**ANAC:** Autorità Nazionale Anticorruzione

**PNA:** Piano Nazionale Anticorruzione

**NVP:** Nucleo della Valutazione delle Prestazioni

## 3. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

La definizione di **fenomeno corruttivo** deve intendersi "... *in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati*".

La Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica amplia il concetto di corruzione ai fini dell'ambito di applicazione della L. n. 190/2012, chiarendo che le situazioni rilevanti sono più estese della fattispecie penalistica che, come noto, è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter del codice penale, e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la Pubblica Amministrazione disciplinati nel Titolo II, capo II, del codice penale, ma anche le situazioni in cui a prescindere dalla rilevanza penale venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite o dei compiti attribuiti, che possono rivestire carattere amministrativo, tecnico o sanitario.



Sono di seguito individuate le fattispecie tipiche più rilevanti ai fini della prevenzione di fatti illeciti:

- 1) Peculato (art. 314 c.p.);
- 2) Peculato mediante profitto dell'errore altrui (art. 316 c.p.);
- 3) Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato (art. 316-ter c.p.);
- 4) Concussione (art. 317 c.p.);
- 5) Corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318 c.p.);
- 6) Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.);
- 7) Induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319-quater c.p.);
- 8) Istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.)
- 9) Abuso d'ufficio (art. 323 c.p.);
- 10) Utilizzazione d'invenzioni o scoperte conosciute per ragioni d'ufficio (art. 325 c.p.);
- 11) Rivelazione e utilizzazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.);
- 12) Omissione o rifiuto di atti d'ufficio (art. 328 c.p.);
- 13) Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità (art. 331 c.p.);
- 14) Traffico di influenze illecite (art. 346-bis c.p.);
- 15) Abusivo esercizio di una professione (art. 348 c.p.);
- 16) Turbata libertà degli incanti (art. 353 c.p.);
- 17) Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente (art. 353 bis c.p.);
- 18) Inadempimento di contratti di pubbliche forniture (art. 355 c.p.);
- 19) Frode nelle pubbliche forniture (art. 356 c.p.);
- 20) Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio (artt. 361, 362 c.p.);
- 21) Omissione di referto (art. 365 c.p.).

Si conferma la nozione assai più ampia di “corruzione”, considerata dall’ANAC nel PNA 2013 e successivamente aggiornato, intendendo per tale non solo quella ricompresa nello specifico reato di corruzione e nel 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) devianti dalla cura dell’interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari” Ricomprende, cioè, “quegli atti e quei 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 dell’amministrazione e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse”.

#### 4. OGGETTO E FINALITÀ DEL PTPCT

Il PTPCT disciplina il complesso degli interventi organizzativi della ASST volti ad individuare le strategie prioritarie per la prevenzione e il contrasto della corruzione a livello aziendale, utilizzando strumenti che vengono affinati, modificati, o aggiornati in relazione al *feedback* ottenuto dalla loro applicazione ed è concepito in una logica di essenzialità, coinvolgimento e condivisione preventiva con i soggetti interni all’amministrazione che concorrono, ciascuno per il proprio grado di responsabilità, a mettere in atto le azioni volte a rafforzare la cultura e la prassi dell’integrità.

Il PTPCT rappresenta, quindi, lo strumento attraverso il quale la ASST descrive un processo articolato, in fasi tra loro collegate, finalizzato a formulare una strategia di prevenzione di fenomeni corruttivi. Vengono definite misure di prevenzione oggettiva, che mirano attraverso soluzioni organizzative, a ridurre ogni spazio possibile all’azione



di interessi particolari volti all'improprio condizionamento delle decisioni pubbliche, e misure di prevenzione soggettiva che mirano a garantire la posizione di imparzialità del funzionario pubblico che partecipa, nei diversi modiprevisti dall'ordinamento ad una decisione amministrativa.

In attuazione di quanto previsto dall'aggiornamento 2016 al PNA, adottato dall'ANAC con Delibera n. 831 del 3/08/2016, che conferma la trasparenza quale misura fondamentale di prevenzione della corruzione, all'interno del presente documento è contenuta la specifica sezione dedicata all'attuazione degli obiettivi strategici di trasparenza ed integrità, denominata **Piano della Trasparenza**, con l'indicazione dei responsabili della pubblicazione dei dati obbligatori.

Il PTPCT ed eventuali aggiornamenti sono adottati dal Direttore Generale su proposta del RPCT, dopo che sono state acquisite e valutate proposte e osservazioni da parte degli *stakeholders* interni ed esterni, tramite avviso di consultazione pubblica sul sito web aziendale.

Quanto sopra al fine di poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati in fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi dei rischi.

Il RPCT, anche sulla scorta delle indicazioni raccolte, elabora e predisponde il PTPCT, che viene adottato dal Direttore Generale entro il 31 gennaio di ogni anno, salvo diverso termine fissato dalla legge.

Il PTPCT, una volta adottato, viene pubblicato in forma permanente sul sito web aziendale, nella specifica sezione "Amministrazione Trasparente".

Il Piano può essere modificato anche in corso d'anno, su proposta del RPCT, ovvero su richiesta dell'ANAC, allorché siano state accertate significative violazioni delle prescrizioni in esso contenute, ovvero quando intervengano rilevanti mutamenti organizzativi o modifiche in ordine all'attività dell'amministrazione.

L'arco temporale di validità del presente PTPCT è relativo al triennio 2021-2023 a scorrimento, e, pertanto, le disposizioni in esso contenute aggiornano e sostituiscono quelle di cui al PTPCT 2020-2022, approvato con deliberazione n. 102 del 29/01/2020.

Il presente PTPCT rappresenta lo strumento attraverso il quale la ASST descrive i processi a maggiore rischio corruttivo, attraverso l'articolazione in fasi tra loro collegate ed è finalizzato a formulare adeguate strategie che consentono la prevenzione della corruzione.

In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che consiste nell'esaminare l'organizzazione della struttura aziendale, i suoi processi e prassi di funzionamento in termini di possibile esposizione al fenomeno corruttivo.

Rappresenta uno strumento dinamico, che consentirà eventualmente di procedere alle necessarie integrazioni ed adeguamenti, anche in relazione all'evoluzione normativa di riferimento.

Secondo quanto previsto dalla L. 190/2012, art. 1 co. 5 il PTPCT *«fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio»*. Pertanto, il PTPCT non è *«un documento di studio o di indagine ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione»*.



## 5. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT) E I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

### 5.1 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) rappresenta uno dei soggetti fondamentali nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La figura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 alla Legge n. 190/2012. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

Il Responsabile viene, pertanto, identificato con riferimento ad entrambi i ruoli come Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

L'intento principale del legislatore, nelle modifiche apportate alla Legge n. 190/2012 (art. 41, co. 1 lett. f) D.Lgs. n. 97/2016), è chiaramente quello di rafforzare e tutelare il ruolo del RPCT. Da un lato, si è attribuito al RPCT il potere di indicare all'ufficio aziendale competente all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, dall'altro lato, è stabilito il dovere del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) *“le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza”*.

Tra i **compiti del RPCT** figurano:

- l'elaborazione della proposta del piano di prevenzione aziendale;
- la definizione di procedure appropriate per la selezione e formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- la verifica dell'efficace attuazione del Piano, nonché la proposta di modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- la verifica, d'intesa con il Dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli Uffici ove è più elevato il rischio di reati di corruzione;
- il coordinamento delle azioni per la prevenzione della corruzione integrato con il piano della trasparenza;
- l'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione previsti dalla stessa legge;
- la pubblicazione annuale, entro le tempistiche previste da ANAC, sul sito web dell'Azienda, di una relazione recante i risultati dell'attività svolta e trasmissione della stessa relazione al Direttore Generale ed al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, utilizzando il *format* predisposto dall'ANAC;
- riferire sull'attività nei casi in cui la Direzione Strategica lo richieda, o qualora lo stesso RPCT lo ritenga opportuno.

Ai compiti sopraindicati si aggiungono quelli derivanti dall'incarico di Responsabile della Trasparenza ed in particolare:

- svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento



delle informazioni pubblicate, segnalando al Direttore Generale, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari dell'Azienda, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;

- provvedere all'aggiornamento del piano della trasparenza;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato;
- segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente:
  - all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
  - al Direttore Generale e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Per incrementare le garanzie del ruolo esercitato dal RPCT è intervenuta l'estensione generalizzata della previsione di doveri di segnalazione all'ANAC di eventuali misure discriminatorie -quindi non più solo in caso di revoca- dirette o indirette nei confronti del RPCT comunque collegate, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni. In tal caso l'ANAC può richiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire con i poteri di cui all'art. 15, co. 3 del D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 "*Disposizioni in materia di inconfirmità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*".

Resta immutata, in capo al RPCT, la responsabilità di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 1, co. 12, della Legge n. 190/2012, in caso di commissione di un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato, all'interno dell'amministrazione. Tuttavia, a maggiore tutela del RPCT, può essere letta la novella legislativa laddove prevede l'esclusione dall'imputazione di responsabilità del RPCT (per omesso controllo, sul piano disciplinare) nei casi di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, qualora lo stesso possa provare "*di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano*" (art. 41, co. 1, lett. l), D.Lgs. n. 97/2016).

Per un'esaustiva specifica del ruolo e dei poteri del RPCT, si rimanda al capitolo 4 del PNA 2018, alla deliberazione del presidente dell'ANAC n. 840 del 2/10/2018 e alla Parte IV e Allegato 3 del PNA 2019, con cui si è espresso sulla corretta interpretazione dei compiti del RPCT.

Il RPCT è tenuto a registrarsi e ad accreditarsi nella piattaforma ANAC, disponibile dal 1/07/2019, utile alla rilevazione da parte dell'Autorità delle informazioni sulla predisposizione del PTPCT e sulla loro attuazione; attraverso la piattaforma ANAC vigila sulle misure di prevenzione della corruzione e interloquisce con RPCT.

La performance individuale del RPCT può essere valutata in relazione alla specifica funzione affidata, inserendo, a tal fine, nel Piano delle Performance obiettivi specifici; ciò al fine di consentire un'eventuale adeguata remunerazione mediante trattamento accessorio della funzione svolta (PNA 2019).

In ASST il ruolo di RPCT è stato attribuito con deliberazione n 349 del 1.3.2019 a Francesco Giglio, dirigente amministrativo a tempo indeterminato, che è affiancato nella sua attività, non in via esclusiva, da Cristiana Mariga assistente amministrativo della S.C. Gestione Operativa Area Territoriale.

## **5.2 Altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, ruoli e responsabilità**

Al RPCT è affidato un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione del PTPCT e al monitoraggio.



Questo ruolo di coordinamento non deve essere in alcun modo interpretato dagli altri attori organizzativi come un pretesto alla deresponsabilizzazione in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio. Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della ASST:

1. il Direttore Generale;
2. il Dirigente della funzione di Internal Auditing ;
3. i Dirigenti di Struttura;
4. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
5. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
6. i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda;
7. gli *stakeholder* (tutti i portatori di interesse, a qualsiasi titolo).

## 1. Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, quale organo di indirizzo dell'Azienda:

- nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- approva il PTPCT e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quali ad esempio i Regolamenti aziendali e il Codice di comportamento;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

## 2. Il Dirigente della funzione di Internal Auditing

**Il Dirigente della funzione di Internal Auditing**

- individua i processi da sottoporre all'attività di Internal Auditing (I.A.), compresi i processi a rischio di corruzione;
- contribuisce alla composizione dei Piani Annuali di I.A.;
- individua le competenze degli auditor;
- definisce il personale necessario allo svolgimento dell'attività;
- valuta gli esiti delle verifiche e i risultati dei *follow up*.

Supporta, tra l'altro, il RPCT nell'attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità.

In particolare essa deve:

- individuare nell'ambito delle strutture aziendali le attività in cui sia maggiore il rischio di corruzione;
- prevedere, d'intesa con il RPCT, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire i rischi di corruzione;
- collaborare nella stesura delle schede dell'analisi dei processi a rischio corruttivo e nella valutazione del rischio;
- assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio di corruzione, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPCT;
- monitorare e valutare il grado di raggiungimento delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT;
- verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità, nonché proporre la modifica dello stesso quando



siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione.

### 3. I Dirigenti di Struttura

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, del dirigente preposto alla funzione di Internal Auditing e dell'autorità giudiziaria;
- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio;
- assicurano al RPCT il libero accesso a tutti gli atti dei rispettivi uffici;
- inoltrano una tempestiva segnalazione di comportamenti del personale loro affidato che siano inquadrabili nell'ambito della corruzione;
- rispondono al RPCT in merito a richieste estemporanee di informazione riguardanti atti o comportamenti inquadrabili nell'ambito della corruzione.
- propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- svolgono attività formativa e informativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza a favore del proprio personale;
- assicurano l'osservanza del Codice etico e di comportamento in vigore in Azienda e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- assumono la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operano in maniera tale che il proprio personale contribuisca e osservi le misure contenute nel PTPCT;
- adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti dal Piano e dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., per quanto di propria competenza.

Le modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016 precisano che in caso di ripetute violazioni del presente Piano sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT provi di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano stesso. I dirigenti, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di aver effettuato le dovute comunicazioni agli uffici ed aver vigilato sull'osservanza del Piano.

A norma dell'art. 1, co. 33, Legge n. 190/2012 *-Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte-* la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle Pubbliche Amministrazioni, delle informazioni di cui al co. 31:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del D. Lgs. n. 198/2009;
- deve essere valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. n. 165 del 2001 e s.m.i.;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sul sito web aziendale sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

### 4. Il gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio

In ottemperanza all'art. 6 del D.M. del Ministero dell'Interno del 25.09.2015, che prevede la nomina di un Gestore delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del Terrorismo, con il compito d'inoltrare



all'Unità di Informazione finanziaria della Banca d'Italia (UIF) la segnalazione di ogni operazione ritenuta a rischio, l'Azienda, ha individuato come Gestore, il RPCT, incarico ricoperto dal dr. Francesco Giglio, in quanto figura in possesso di idonee competenze in ogni area ritenuta a rischio e pertanto in grado di effettuare una valutazione corretta ed imparziale delle segnalazioni, da inoltrare all'U.I.F.

## 5. Il Responsabile Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

In ottemperanza alle prescrizioni normative vigenti, richiamate anche nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (approvato dall'ANAC con la deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016), l'Azienda ha disposto la nomina del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA). Per assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), è stato individuato il Direttore S.C. Provveditorato, dr Paolo Pelliccia, quale soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa, abilitando a tal fine il suo profilo RASA nella sezione dell'area Servizi del portale internet dell'Autorità Nazionale Anticorruzione. Tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della s.a., della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del D.Lgs. 50/2016). L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

## 6. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

L'ANAC ha previsto un maggior coinvolgimento degli organismi che rivestono un ruolo importante nel sistema di gestione delle performance e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del D. L.gs. n. 150/2009.

Il NVP della ASST:

- verifica il rispetto del principio del merito e il funzionamento complessivo del sistema di valutazione della performance organizzativa e aziendale, assicurando il coordinamento e lo scambio di informazioni con l'Organismo Indipendente di Valutazione regionale e il rispetto del principio della trasparenza;-
- verifica l'effettiva e corretta identificazione delle performance perseguite dall'Azienda, attraverso la definizione di obiettivi, indicatori e target, in coerenza con il sistema di programmazione regionale e in coerenza con il D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., ove si afferma che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, e verifica, altresì, l'attribuzione degli obiettivi assegnati ai dirigenti e al personale del Comparto;-
- valuta la correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance organizzativa e individuale del personale secondo i principi di merito ed equità, verifica la valutazione delle attività dei dipendenti del Comparto titolari di posizioni organizzative o incarichi di coordinamento e propone al Direttore Generale la valutazione dei dirigenti;-
- valida la relazione sulle performance, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse impiegate;-
- verifica la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle attribuzioni del NVP;
- verifica l'esecuzione e la metodologia in uso per le rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo;-
- verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di trasparenza e anticorruzione e,

**in particolare:**

- svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione posti in capo al RPCT,



- segnalando i casi di mancato o ritardato adempimento;
- verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel Piano delle Performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance;
- esprime parere obbligatorio sul Codice etico e di comportamento;
- anche ai fini della validazione della relazione sulle performance, verifica che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta dal RPCT, relazione annuale che viene predisposta dal Responsabile e trasmessa al NVP, oltre che al Direttore Generale, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della Legge n. 190/2012;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Nell'ambito dei poteri di vigilanza e controllo attribuiti all'ANAC, l'Autorità si riserva di chiedere informazioni tanto al NVP quanto al RPCT in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il NVP, inoltre:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (art. 43 e 44 D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.).

## 7. L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- partecipa all'aggiornamento del Codice etico e di comportamento.

## 8. I dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni contenute nel PTPCT e prestano la loro collaborazione al RPCT. Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e contenute nel PTPCT devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale del Comparto che dalla Dirigenza. La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare ai sensi dell'art. 1, comma 14, della Legge n. 190/2012 e s.m.i.;
- segnalano le situazioni di illecito esclusivamente tramite la casella di posta elettronica [prevenzione.corruzione@pec.asst-santipaolocarlo.it](mailto:prevenzione.corruzione@pec.asst-santipaolocarlo.it) oppure direttamente al RPCT, mediante dichiarazione riservata e riportata a verbale, previo appuntamento con il RPCT.

## 9. Gli stakeholders

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati



attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli *stakeholders* partecipano al controllo della pubblica amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dagli stessi attraverso il percorso dei reclami, della *customer satisfaction*, delle tipologie di accesso civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del presente Piano.

## 6. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Come da indicazioni ANAC, costituiscono contenuto necessario del PTPCT gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e quelli di trasparenza, ai quali si rimanda all'apposita sezione.

L'individuazione degli obiettivi strategici è rimessa alla valutazione della Direzione Strategica, che deve elaborarli tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione.

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che la ASST si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2021 l'Azienda si impegna a:

- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra il PTPCT ed il Piano delle Performance, al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi strategici, organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti;
- realizzare un'integrazione tra sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno, in particolare attraverso il dirigente preposto alla funzione di Internal Auditing;
- incrementare la formazione dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione, con innalzamento del livello qualitativo della formazione erogata;
- adottare il Regolamento di funzionamento per l'individuazione e gestione delle operazioni sospette in materia di anticiclaggio (art. 6 del DM Ministero dell'Interno 25 settembre 2015).

## 7. METODOLOGIA E STRUMENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

La legge n. 190/2012 prevede il coinvolgimento diretto di tutti i soggetti così come individuati nel precedente paragrafo 4; in particolare i responsabili a vario titolo dell'organizzazione aziendale devono partecipare attivamente alla gestione del rischio corruttivo.

Il processo GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO richiede infatti sia una buona conoscenza dell'organizzazione interna, sia del dettato normativo, in continua evoluzione.

Le fasi dell'attività della gestione del rischio si articolano in:

1. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO
2. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E MAPPATURA DEI PROCESSI
3. VALUTAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO
4. TRATTAMENTO DEL RISCHIO CON IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
5. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE



## 8. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

La ASST è un Ente socio-sanitario di Regione Lombardia, operante nella zona sudoccidentale della Città di Milano, caratterizzata da condizioni socio-ambientali tipiche delle periferie metropolitane. Il bacino di utenza di competenza si sviluppa, rispetto all'areametropolitana milanese, dal quadrante nord ovest (Pero-Settimo Milanese) a quello sud ovest (Rozzano, Opera) arrivando a lambire Abbiategrasso a ovest. Per alcuni importanti Comuni della cintura (Cesano Boscone, Settimo, Cusago, Buccinasco, Corsico, ecc.) i Presidi dell'ASST rappresentano il riferimento primario, mentre per la Città di Milano il complesso dei due Presidi sviluppa un'attrattività comparabile a quella dei principali nosocomi cittadini. L'articolazione dei servizi ospedalieri cerca quindi di dare risposta alle esigenze di zona, specie in ambito emergenza e urgenza, associando a questa vocazione quella per la ricerca e la didattica propria di un ospedale universitario, unitamente all'alta specialità in alcuni ambiti di eccellenza. Dal punto di vista della composizione demografica, l'ambito territoriale "proprio" di riferimento è costituito dai Municipi 5,6, 7 e parte del 4 (area sud-ovest). In quest'area prevalgono i fenomeni di invecchiamento della popolazione di origine italiana, autoctona o di prima immigrazione, e di afflusso di nuova immigrazione di origine extraeuropea, con valori comunque omogenei rispetto al complesso della città. All'interno del dato della popolazione residente (411.000 abitanti, c.a 30%del Comune di Milano) si registrano il 18% di popolazione di origine straniera, il 24% di popolazione sopra i 65 anni di età, e il 16% di giovani di età inferiore ai 19 anni. Per la descrizione degli elementi di rischio, si prende in considerazione il documento della Camera dei Deputati "Relazione sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata – anno 2015" dove si evidenzia che: "... la Regione Lombardia è interessata da molteplici manifestazioni di criminalità, che allineandosi alle trasformazioni del Paese, adeguano gli strumenti di penetrazione dell'economia legale, orientandole allo sfruttamento delle opportunità offerte dal tessuto socio-economico locale. Sul territorio si vanno palesando anche segnali, da parte dei sodalizi di tipo mafioso, di infiltrazioni all'interno della Pubblica Amministrazione e nell'aggiudicazione di lavori pubblici, riproponendo assetti di mercificazione dell'interesse pubblico e situazioni di connivenza sperimentati nell'area d'origine.

L'azione di contrasto alle organizzazioni criminali si sta dunque spingendo all'esplorazione della c.d. "zona grigia", ovvero di illeciti che spesso emergono con fattispecie di natura fiscale o amministrativa, che potrebbero costituire il terreno su cui realizzare l'intreccio d'interessi tra criminali, politici, amministratori ed imprenditori (con la costituzione di "sistemi criminali" apparentemente disomogenei ma in realtà efficacemente integrati), nei quali la corruzione e, in generale, i reati contro la P.A., permettano alla criminalità organizzata di infiltrarsi ed espandersi ulteriormente, a danno dell'imprenditoria sana. Tale disamina è stata suffragata anche dai Rapporti trimestrali sulle aree settentrionali curati dall'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano e presentati alla Commissione Speciale Antimafia del Consiglio Regionale Lombardo. Significativamente, il secondo rapporto ha preso in esame le sole attività di natura criminosa formalmente legali; ossia quel coacervo di interessi illegali, che possono essere svolti totalmente nel perimetro della legalità da normali soggetti imprenditoriali. Dalla ricerca sul campo è emersa l'affermazione del meccanismo di scambio tra risorse pubbliche: esse vanno, con moto pendolare, originariamente al privato per ritornare sotto forma di incarichi elettivi o amministrativi al soggetto pubblico, che le ha illecitamente erogate. Ancora nel corso dell'anno 2018 in Regione Lombardia sono emersi episodi giudiziari relativi a eventi corruttivi. In considerazione di ciò e della situazione critica delineata dal documento della Camera dei Deputati rispetto alle infiltrazioni criminali nel tessuto produttivo lombardo, e ai casi che hanno visto coinvolti settori della Sanità Pubblica lombarda, l'attenzione che si intende porre sui rischi corruttivi è costante ed elevata.

## 9. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E MAPPATURA DEI PROCESSI

L'analisi del contesto interno riguarda sia gli aspetti legati alla **struttura organizzativa**, nella sua articolazione, evidenziando la dimensione della ASST, anche in termini di dotazione di personale, sia la gestione dei processi,



attraverso l'individuazione e analisi dei processi organizzativi, volta a far emergere, da un lato, il sistema di responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione (**mappatura dei processi**) che saranno definiti compiutamente con la prossima revisione del Piano di Organizzazione Aziendale strategico (POAS).

Infatti, per una completa individuazione dei rischi, occorre conoscere approfonditamente l'attività nei suoi aspetti tecnici, amministrativi, commerciali e finanziari.

Un approccio corretto consiste nell'individuare i processi più a rischio di illegalità, nel determinare le cause e nel valutare i possibili effetti.

I dati raccolti, inseriti in una griglia di identificazione, permetteranno di rilevare, in modo veloce, i rischi a cui è soggetta la struttura/servizio e quindi anche la ASST, e di offrire spunti interessanti per un'adeguata valutazione del rischio.

La mappatura dei processi relativi alle attività a rischio di corruzione avviene attraverso l'analisi delle attività e delle funzioni delle competenti Strutture, con il coordinamento del RPCT.

## 10. ORGANI DELLA ASST SANTI PAOLO E CARLO

### 3.1 Direzione Strategica

Il Direttore Generale, congiuntamente ai Direttori Amministrativo, Sanitario e Socio Sanitario da lui stesso individuati e nominati, compongono la Direzione Strategica, organismo collegiale all'interno del quale, ciascuno, nel rispetto delle proprie competenze e delle responsabilità attribuitegli dalla normativa vigente in materia, esercita una più compiuta e interdisciplinare azione di direzione aziendale di livello strategico.

In particolare competono al:

#### Direttore Amministrativo

- la direzione delle Unità amministrative, tecniche ed economiche,
- il supporto al Direttore Generale nella definizione e nella direzione del sistema economico finanziario, garantendo il corretto andamento delle funzioni amministrative, tecnico e logistiche,
- la collaborazione alla definizione del processo di budget, con relativa attribuzione di obiettivi e di risorse alle strutture aziendali,
- il coordinamento delle azioni tecnico amministrative a supporto di tutte le strutture organizzative aziendali, con particolare riguardo a quelle aventi quale fine primario l'erogazione dell'assistenza,
- la verifica della legittimità degli atti,
- la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali della ASST.

#### Direttore Sanitario

- la direzione dei servizi sanitari ai fini igienico-organizzativi,
- la collaborazione alla definizione del processo di budget, con relativa attribuzione di obiettivi e di risorse alle strutture aziendali,
- il monitoraggio della qualità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture aziendali nel rispetto degli standard nazionali e regionali di riferimento, e delle indicazioni di appropriatezza e di buona pratica clinica definite a livello regionale, nazionale e dalla letteratura scientifica di riferimento,
- il coordinamento delle attività del Consiglio dei Sanitari, organismo consultivo ed elettivo così come previsto dalla normativa vigente. Il Consiglio dei sanitari è un organo elettivo della ASST con funzioni di consulenza tecnico sanitaria; fornisce pareri obbligatori sulle attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti; si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria.



#### Direttore Sociosanitario

- la direzione dei servizi socio–sanitari,
- la collaborazione alla definizione del processo di budget, con relativa attribuzione di obiettivi e di risorse alle strutture aziendali,
- il monitoraggio della qualità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dalle strutture aziendali che a lui vengono afferite dal presente POAS, nel rispetto degli standard nazionali e regionali di riferimento, e delle indicazioni di appropriatezza e di buona pratica clinica definite a livello regionale, nazionale e dalla letteratura scientifica di riferimento,
- la trasversalità e la integrazione dei percorsi di cura intra ed extra ospedalieri con particolare riferimento alla cronicità, alla salute mentale, alla salute materno infantile,
- l'integrazione operativa con la medicina e la pediatria di famiglia nella gestione dei pazienti,
- la collaborazione con le associazioni di volontariato e con il terzo settore.

### 3.2 Collegio Sindacale

Ai sensi della L.R. n. 33/2009, il Collegio Sindacale è Organo della ASST e verifica la regolarità amministrativa e contabile, vigila sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale ed esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio. Il Collegio Sindacale fornisce altresì al Direttore Generale indicazioni utili per la corretta gestione aziendale e assolve ad ogni altro provvedimento previsto dalla legislazione nazionale e regionale vigente.

### 3.3 Collegio di Direzione

La L.R. 23/2015, in continuità con la vigente disciplina, ha confermato il Collegio di Direzione tra gli organi delle ASST, con la funzione di coadiuvare e supportare la Direzione Generale per l'esercizio della attività di governo dell'ente con funzioni consultive e propositive della ASST. La Giunta regionale, con la deliberazione n. X/4979 del 30 marzo 2016, ha provveduto a disciplinare composizione, funzioni ed attività di tale organo, allo scopo di assicurarne uniformità di funzionamento in tutti gli enti del Servizio Sanitario Regionale.

Il Collegio di Direzione è nominato dal Direttore Generale che lo presiede e ne coordina i lavori. E' composto dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Sociosanitario, dai Direttori di Dipartimento dell'area amministrativa, sanitaria e sociosanitaria, dai Direttori Medici di Presidio, dal Dirigente Responsabile del DiPSa e dal Direttore del Dipartimento Universitario (Polo ASST).

## 11. ATTUALE ASSETTO PRODUTTIVO

La ASST si caratterizza per le seguenti attività:

- a. una completa offerta specialistica nelle patologie cranio–facciali,
- b. un centro per l'assistenza materno-neonatale e pediatrico che, nel suo insieme, consente di posizionarsi, come volume di attività, quale terzo Punto nascita della Città Metropolitana,
- c. un'ampia disponibilità e competenza nei settori diagnostici avanzati di biologia molecolare, anatomia patologica, biochimica, immunoematologia e microbiologia,
- d. un centro di alte tecnologie diagnostiche per immagini radiologiche e medico-nucleari, in grado di assicurare un elevato livello di attività interventistiche mininvasiva, endovascolare, sia periferica che neurologica centrale, operativo 24 ore su 24,
- e. un'ampia gamma di servizi di diagnostica e cura nell'ambito della salute mentale, della psicologia clinica e della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza,
- f. una completa ed interdisciplinare assistenza medica e chirurgica dedicata ai disabili gravi (Progetto



- DAMA – Disabled Advanced Medical Assistance),
- g. le attività di medicina penitenziaria per l'assistenza ai pazienti detenuti nei 4 Istituti Penitenziari del territorio di Milano,
  - h. un'adeguata offerta delle prestazioni erogabili dal SSR in campo odontostomatologico, sia mediche che chirurgiche, integrata ulteriormente da prestazioni odontoiatriche, a tariffe calmierate, non previste dai LEA,
  - i. un'ampia offerta di servizi riabilitativi specialistici,
  - j. una completa offerta di servizi e strutture territoriali che consente di completare il percorso clinico e assistenziale dall'ospedale al territorio,
  - k. una sviluppata rete di servizi per la diagnosi e il trattamento delle dipendenze, capace di affrontare con specifiche competenze le diverse forme di abuso e dipendenza.

## 12. OBIETTIVI DI GESTIONE

Accanto alla necessità di assicurare livelli di cura di alta qualità e risposte complete ai bisogni dei pazienti, la ASST deve garantire costante attenzione ai livelli di costo, alla appropriatezza economica e alla efficienza organizzativa, nel rispetto delle risorse assegnate e delle norme vigenti. Questi presupposti richiedono un assetto amministrativo che assicuri la omogeneizzazione delle procedure amministrative dei due ex presidi ospedalieri. In particolare, la riorganizzazione degli uffici sia dal punto di vista gestionale che logistico ha lo scopo di interfacciarsi con la parte sanitaria e con tutto il personale della ASST con modalità univoche e nell'ottica della semplificazione delle procedure.

In tale direzione alcune strutture amministrative sono attualmente accorpate in un unico Presidio ed hanno uniformato modalità gestionali e procedurali nelle attività di loro competenza.

## 13. NUOVO ASSETTO: L'INTEGRAZIONE TERRITORIALE

La legge regionale n. 23/2015 integra la rete territoriale con i presidi Ospedalieri: l'integrazione nella nuova ASST delle strutture e dei servizi territoriali tende a offrire risposte sociosanitarie integrate a specifiche categorie di popolazioni: mamme e bambini, adolescenti, disabili, pazienti psichiatrici e pazienti cronici pluripatologici, pazienti terminali, soggetti detenuti, rafforzando il setting territoriale della cura.

Per realizzare tale obiettivo l'organizzazione della Direzione Socio Sanitaria deve consentire di:

- a. favorire la presa in carico della persona nel suo complesso, anche attraverso la valutazione multidimensionale, nel rispetto dei criteri definiti dall'ATS,
- b. garantire una buona efficienza produttiva,
- c. rinforzare le relazioni (processi) tra i diversi servizi, unità d'offerta e livelli di erogazione atti a garantire al paziente la necessaria continuità di cura,
- d. coordinare le proprie attività con la erogazione di servizi socio-sanitari e sociali.

Al Direttore Socio Sanitario è affidata la Direzione delle SS con funzione di governo dei processitrasversali integrati:

- e. Gestione integrata ospedale-territorio del paziente diabetico
- f. Gestione integrata ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco
- g. Gestione integrata ospedale-territorio del paziente con malattia respiratoria cronica
- h. Gestione integrata ospedale-territorio del paziente con malattia renale cronica
- i. Gestione integrata ospedale-territorio del paziente con patologie alcool correlate.



che agiscono in stretta collaborazione con i Direttori di Dipartimento, per gli aspetti clinici e professionali.

Questo modello organizzativo permette la attuazione della DGR 6164 e della DGR 6551, che richiedono multidisciplinarietà, multiprofessionalità, continuità di cura tra ospedale e territorio.

Nell'ambito della Direzione Socio Sanitaria, la costituzione del Dipartimento funzionale RICCA (Rete Integrata di Continuità Clinica Assistenziale) è finalizzata a garantire percorsi trasversali, intra ed extra ospedalieri, che hanno come focus il paziente, e l'obiettivo di assicurare l'integrazione clinica e sociosanitaria.

All'interno del Dipartimento RICCA vengono sviluppate le Strutture Semplici con funzione di governo dei processi e dei percorsi integrati ospedale-territorio con la finalità di gestire le polipatologie croniche orientate alla presa in carico multidisciplinare e continuativa del paziente, in ogni fase della cura, attraverso i differenti setting assistenziali. In questa logica coordina funzionalmente anche la SSD Servizio di Cure palliative e Terapia del dolore e le strutture di riabilitazione.

Sempre afferente al Dipartimento RICCA si conferma il ruolo svolto dal servizio DAMA che offre una risposta competente e complessiva ai diversi bisogni di salute dei pazienti con grave disabilità psicofisica, utilizzando, in una logica di rete, tutti i servizi diagnostici e terapeutici ospedalieri.

#### **14. RUOLO DELL'UNIVERSITA'**

Uno dei due Presidi Ospedalieri, il San Paolo, è storicamente Polo Universitario dell'Università degli Studi di Milano. Per le trasformazioni avviate dalla L.R. 23/2015, l'intera ASST costituisce oggi sede di Polo Universitario, con rilevante impegno didattico e formativo per:

- a. studenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e medici specializzandi,
- b. studenti del corso di formazione in Medicina generale,
- c. studenti del corso di laurea in infermieristica, ostetricia, professioni sanitarie tecniche diagnostiche, fisioterapia e dietista,
- d. attività di ricerca di base e traslazionale.

La presenza universitaria, inoltre, assicura un supporto all'attività di formazione del personale, leva organizzativa necessaria ad assicurare lo sviluppo delle competenze professionali e gestionali in campo sanitario, orientato al miglioramento continuo della qualità.

#### **15. MODELLO DI SVILUPPO**

I due Presidi ospedalieri che caratterizzano oggi l'attività sanitaria della ASST sono ubicati nell'area ovest sud – ovest della Città di Milano, distano tra loro pochi chilometri e sono ospitati in edifici progettati ormai diversi decenni orsono, con necessità di urgenti e radicali interventi di ristrutturazione previsti nei prossimi anni e che condizioneranno significativamente l'attività complessiva svolta dai Presidi stessi.

L'attività sanitaria attuale, in entrambe le strutture ospedaliere, è fortemente condizionata dalla presenza di due importanti DEA che offrono, complessivamente, prestazioni di urgenza ed emergenza a più di 150.000 pazienti /anno e che impegnano circa la metà dei posti letto attivi.

Tale relevantissima attività di urgenza determina l'organizzazione generale dell'Azienda, la sua articolazione dipartimentale e l'individuazione delle unità operative della ASST.



- In coerenza e in conseguenza di quanto precedentemente esposto, si propone un modello di sviluppo che tende a :
- a. mantenere e rafforzare le competenze legate alla emergenza e urgenza e all'area subintensiva. I modelli organizzativi proposti intendono estendere in entrambi i presidi le modalità di trattamento del paziente acuto, ad esempio attraverso lo sviluppo delle Stroke Unit, nonché dell'osservazione breve intensiva e dell'assistenza in area subintensiva;
  - b. sviluppare l'area internistica, chiamata a rispondere al bisogno di ricovero dei pazienti che accedono al PS, assicurando la gestione del paziente dall'arrivo al P.O. fino alla dimissione, tempestiva e sicura, attraverso la progettazione condivisa del percorso post-dimissione,
  - c. potenziare l'integrazione della psichiatria, della psicologia clinica, della neuropsichiatria infantile e dei servizi dedicati alle dipendenze, che collaborano a fornire risposte ai bisogni di salute mentale in particolare dei giovani, anche attraverso una rete di servizi ospedalieri di degenza (apertura di posti letto di ricovero di Neuropsichiatria Infantile), semiresidenziali e territoriale.
  - d. rafforzare l'attività delle specialità chirurgiche generali e specialistiche. In ambito chirurgico, inoltre, l'organizzazione aziendale intende sviluppare le attività chirurgiche a degenza breve, uniformando i modelli organizzativi nei due Presidi,
  - e. valorizzare le competenze presenti in ambito di radiologia interventistica ottenute attraverso il completamento delle professionalità presenti nei due presidi e l'integrazione operativa delle competenze, al fine di offrire prestazioni ed attività tra le più complete e qualificate nell'intero territorio metropolitano,
  - f. riorganizzare le attività epato-gastro-metaboliche all'interno dei due presidi, rafforzando le competenze già presenti e assicurando una risposta qualificata alla complessità gestionale che le malattie epato-biliari e del tratto gastro-intestinale implicano,
  - g. rafforzare l'attività infettivologica all'interno del Dipartimento Funzionale Interaziendale di Prevenzione e Sorveglianza delle Infezioni: ciò garantisce un incremento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza, oltre che dell'efficienza economica, con l'obiettivo di permettere l'implementazione di una rete di "antimicrobial stewardship" nelle diverse strutture sanitarie e socio – sanitarie dell'area metropolitana, a disposizione anche della rete territoriale,
  - h. confermare il ruolo del Dipartimento Funzionale Interaziendale di diagnostica epilettologica prechirurgica, che favorisce l'armonizzazione e l'integrazione delle procedure diagnostiche, la creazione di percorsi diagnostici terapeutici codificati, il governo delle liste di attesa dei pazienti candidabili alla chirurgia dell'epilessia,
  - i. consolidare i percorsi oncologici attraverso la creazione di diverse SS con funzione di governo dei percorsi e dei processi integrati al fine di creare percorsi organizzati, sicuri e qualificati a favore dei pazienti, a partire dal momento diagnostico fino alle cure territoriali, offrendo visibilità ai servizi offerti, integrando le competenze professionali, assicurando volumi di attività adeguati e ottimizzando l'utilizzo delle risorse,
  - j. rendere complementari le offerte specialistiche dei due Presidi nell'area materno - infantile con l'obiettivo di valutare la possibilità di progettare un unico punto nascita interpresidio che assicuri strutturalmente e organizzativamente le indicazioni fornite in tale ambito a livello nazionale e regionale e che operi in continuità con i servizi territoriali,
  - k. garantire la gestione sanitaria all'interno di quattro istituti penitenziari da parte della ASST Santi Paolo e Carlo attraverso un modello organizzativo che assicuri assistenza di base e specialistica, psichiatrica e



neuropsichiatrica e infettivologica e la cura delle dipendenze, a favore di circa 3.500 detenuti,

- λ. garantire la piena attuazione del Progetto per la Città di Milano, inserendo le articolazioni della rete territoriale (in termini di Dipartimenti, SC, SSD e SS), cui afferiscono le diverse funzioni previste dalla L.R. 23/20015;
- μ. promuovere la presa in carico del paziente cronico nelle diverse fasi della malattia, in attuazione alle DGR 4662, 6164, 6551 per il governo della cronicità.

## **16. MODELLO ORGANIZZATIVO**

Il modello di sviluppo si traduce in struttura organizzativa adeguata alla complessità gestionale e agli obiettivi da raggiungere.

### **16.1 STAFF**

Lo staff della Direzione Strategica comprende funzioni molteplici ed eterogenee (sia di “tecostruttura” che di “supporto direzionale”, secondo la nota definizione di Mintzberg) accomunate dal fine di assicurare la conduzione efficace, efficiente ed economica della ASST.

La complessità dell’assetto dello Staff direzionale richiede di strutturare meccanismi di coordinamento che garantiscano l’allineamento dell’azione delle specifiche articolazioni organizzative.

Gli incontri periodici di coordinamento delle aree di staff diventano lo strumento gestionale stabile e parte dell’attività della Direzione strategica, attraverso cui si mantengono allineate le strategie dell’Azienda.

Gli incontri coinvolgono raggruppamenti operativi che condividono finalità gestionali ampie, diseguito elencate e descritte.

### **16.2 MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA’**

La ASST intende sviluppare azioni volte al miglioramento continuo della qualità. In staff alla Direzione Generale Strategica sono presenti uffici e servizi orientati a garantire il monitoraggio qualitativo delle attività erogate, lo sviluppo di azioni migliorative e il confronto professionale tra clinici, oltre che l’efficace funzionamento della nuova organizzazione per processi. Tra questi è da evidenziare il ruolo di coordinamento e di supporto metodologico attribuito la SS “Qualità e Gestione del rischio clinico”, ad afferenza diretta dal Direttore Sanitario.

L’implementazione del ciclo della qualità comprende lo sviluppo di funzioni di controllo tra le quali le funzioni “Trasparenza e Anticorruzione” e “Internal Auditing”, chiamate a svolgere attività dirette a promuovere la “qualità dei processi”, quale garanzia di trasparenza e efficienza della pubblica amministrazione.

La crescita qualitativa dell’intera struttura aziendale non può prescindere dall’attento e costante ascolto dei cittadini e dei pazienti, singoli o in forma rappresentata, e dalla collaborazione con le associazioni di volontariato e del terzo settore. Lo svolgimento di tali attività è affidato all’Ufficio Relazioni con il Pubblico, all’Ufficio Comunicazione Aziendale e Relazioni Esterne e all’Ufficio Pubblica Tutela.

### **16.3 EFFICIENZA E EFFICACIA ORGANIZZATIVA**

Il funzionamento dell’intera azienda deve tendere ad una sempre maggiore efficienza organizzativa e



appropriatezza economica, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse nel rispetto dei vincoli economici posti dagli organi superiori e nel rispetto dei bisogni assistenziali dei pazienti. A tal fine vengono evidenziate le funzioni del controllo di gestione, del controllo strategico, del nucleo di valutazione delle performance e dei colleghi tecnici. Strumento indispensabile al miglioramento della qualità e dell'efficienza è lo sviluppo dei sistemi informativi aziendali, anche alla luce dell'integrazione territoriale della ASST.

E' stato inoltre previsto lo sviluppo di un sistema di gestione operativa che permetta il supporto organizzativo e informativo ai processi operativi dei dipartimenti e delle unità strutturali per programmare, in modo concordato, l'utilizzo dinamico di risorse condivise per i processi orizzontali di cura. Tale funzione si sviluppa all'interno del sistema ospedaliero attraverso la SSD Blocco Operatorio - Gestione Operativa Sale Operatorie e si implementerà attraverso funzioni di "bed management"; l'area gestionale territoriale è orientata a facilitare la presa in carico dei pazienti, in particolare dei pazienti cronici, anche attraverso la creazione di un sistema informativo territoriale e di un Centro Servizi di supporto e accompagnamento alla gestione dei pazienti cronici.

Altrettanta cura e attenzione viene posta alla gestione tecnica del patrimonio immobiliare di proprietà e in locazione della ASST, sia per la conservazione del patrimonio, che per la manutenzione ordinaria e straordinaria.

L'area dei servizi farmaceutici si completa con una struttura finalizzata alla gestione territoriale dell'assistenza farmaceutica e viene previsto un ufficio farmacologia e trial clinici, anche alla luce dell'elevata attività di ricerca e sperimentazione svolta all'interno dei Presidi.

## **16.4 RISORSE PROFESSIONALI**

La ASST si basa sulle risorse professionali presenti in azienda e si sviluppa attraverso una costante valorizzazione delle risorse umane: a tal fine il piano di organizzazione evidenzia le specifiche funzioni attribuite alle Strutture Risorse Umane, Formazione, Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale e Ufficio dei Medici Competenti. La organizzazione delle professioni sanitarie viene affidata ad una specifica Direzione, organizzata al fine di assicurare una efficace gestione operativa delle risorse infermieristiche, ostetriche, tecnico sanitarie e di supporto, e tende anche ad attivare modalità innovative di presa in carico del paziente, sviluppando modelli assistenziali e organizzativi che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le competenze professionali coinvolte, ospedaliere e territoriali, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria e socio sanitaria, e implementando e valorizzando nuovi ruoli, quali il case manager. Il servizio sviluppa al suo interno il coordinamento delle professioni sanitarie territoriali.

Ulteriore attenzione è stata posta a valorizzare il ruolo delle rappresentanze sindacali finalizzato a favorire un sistema di relazioni sindacali stabile e costruttivo, rispettoso delle responsabilità e delle autonomie di ciascun componente.

## **16.5 ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE E PER PROCESSI**

Il modello organizzativo esplicitato nel POAS prevede dipartimenti gestionali, funzionali, SC, SSD e SS con funzione di governo dei processi e dei percorsi integrati intra ed extraospedalieri.

I Dipartimenti si caratterizzano come strumento operativo in linea con la Direzione Sanitaria (strutture sanitarie), la Direzione Socio sanitaria (strutture sociosanitarie) e con la Direzione Amministrativa (strutture amministrative), con funzioni gestionali e/o funzionali delle attività sanitarie ed amministrative.

I Dipartimenti così come previsti nel POAS aggregano unità operative omogenee, complementari ed affini e sono finalizzati a favorire la razionalizzazione, semplificazione e qualificazione delle attività, attraverso l'integrazione ed il coordinamento delle funzioni, nel rispetto dell'autonomia e della responsabilità gestionale dei dirigenti.

Il ruolo del Direttore di Dipartimento è di garantire rapporti continui con la Direzione Strategica, con la quale strettamente collabora, per assicurare il coordinamento e l'integrazione dei processi sanitari ed amministrativi necessari alla realizzazione della mission aziendale, anche collegialmente, nell'ambito del Collegio di Direzione.



Oltre ai dipartimenti del polo ospedaliero, nel POAS così come previsto nella legge regionale n. 23/2015 si delinea l'articolazione (in termini di Dipartimenti, SC, SSD e SS) del polo territoriale a cui afferiscono le diverse funzioni ex ASL.

In linea con le indicazioni regionali, il POAS prevede:

- **Dipartimenti gestionali (Dg)**
- **Dipartimento funzionali (Df)**
- **Strutture Complesse (SC)**
- **Strutture semplici dipartimentali (SSD)**
- **Strutture Semplici con funzione di governo dei processi e dei percorsi integrati (SS)**

I Dipartimenti gestionali sono individuati nell'ambito di aree fortemente omogenee al fine di rafforzare il ruolo gestionale degli stessi, con facoltà di razionalizzare e distribuire le risorse al loro interno, nel rispetto degli obiettivi loro attribuiti dalla Direzione Aziendale.

Nelle complesse organizzazioni sanitarie sono tuttavia sempre più numerose e comunque prevalenti le attività trasversali che coinvolgono molteplici discipline e professionisti.

In considerazione della dimensione e della complessità dell'attività da svolgere e delle risorse complessive da coinvolgere, tale aggregazione per processi trasversali viene organizzata in Dipartimenti funzionali qualora ricomprendano ampie aree di competenza, o in Strutture organizzative di dimensioni più contenute definite Strutture Semplici con funzione di governo dei processi e dei percorsi integrati intra ed extraospedalieri (SS). Queste SS afferiscono, a seconda della specialità, al Direttore Sanitario e al Direttore Socio Sanitario o alla Direzione Medica di Presidio, prevedendo, in ogni caso, la gestione delle stesse in modo fortemente integrato con i Dipartimenti cui afferiscono funzionalmente.

Il Direttore di Dipartimento e il Coordinatore delle SS con funzione di governo dei processi e dei percorsi integrati svolgono ruoli di tipo organizzativo-gestionale, con l'obiettivo di indirizzare le risorse verso risultati di efficacia ed efficienza complessiva, promuovendo il miglioramento continuo della qualità assistenziale, e pertanto entrambi, oltre alle competenze proprie e specifiche del settore clinico, dovranno possedere spiccata attitudine alla gestione di attività interdisciplinari.

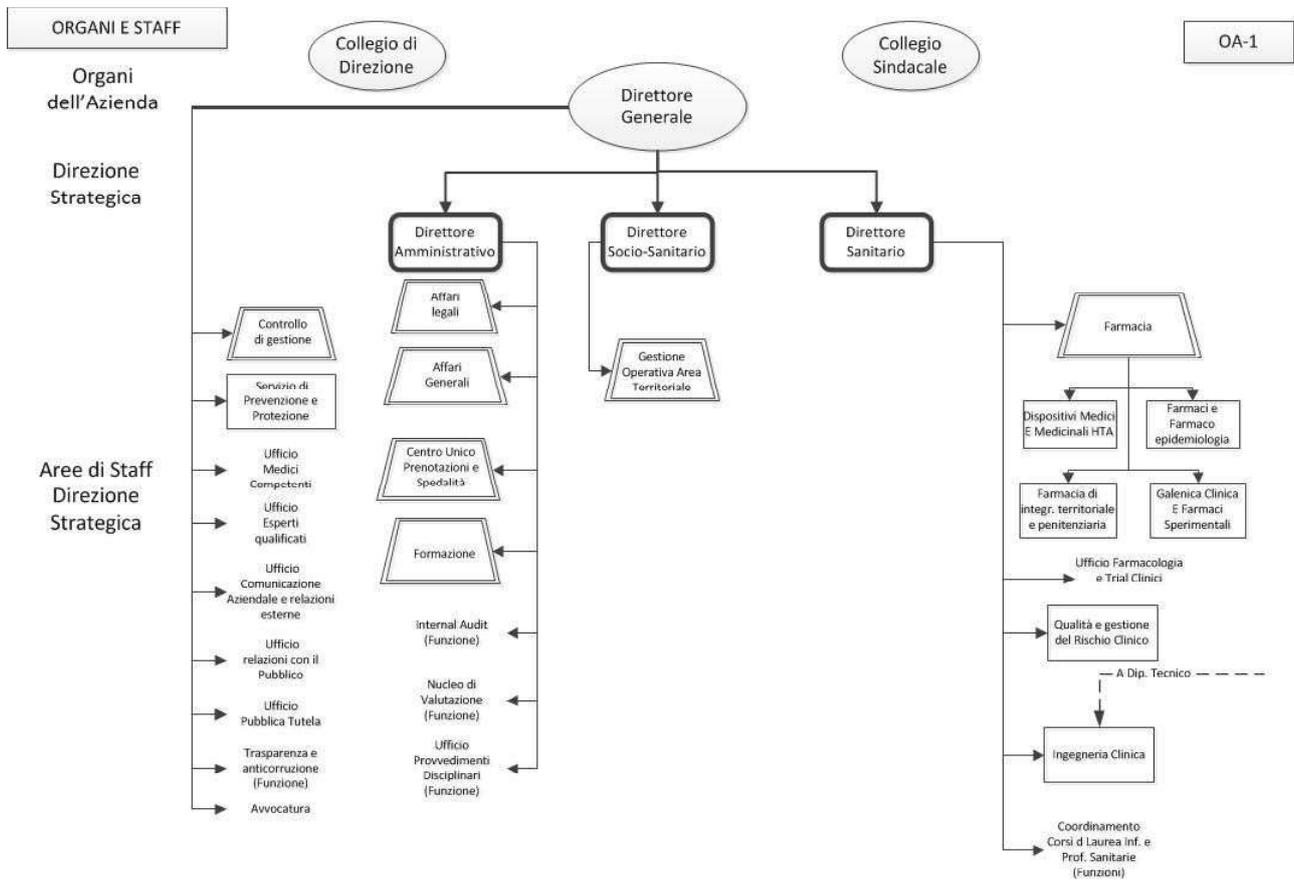
In particolare dovranno:

- facilitare l'integrazione tra le risorse dedicate al processo dalle varie UO e mantenere un confronto costante con i responsabili degli altri Dipartimenti / SS / UO, nel rispetto delle indicazioni della Direzione Aziendale,
- monitorare le prestazioni rese, sia dal punto di vista quantitativo sia qualitativo, al fine di perseguire gli obiettivi aziendali assegnati,
- integrare il percorso ospedaliero e ambulatoriale del paziente con il percorso territoriale, con particolare riferimento alla continua comunicazione e confronto con la Medicina di famiglia,
- assicurare il ruolo di responsabilità clinica e professionale da parte del Direttore di UOC e di Dipartimento cui afferiscono funzionalmente,
- negoziare, nell'ottica di un armonico sviluppo di tutte le aree cliniche e assistenziali e in coerenza con le indicazioni della Direzione Strategica, le risorse da assicurare da parte di ciascun Dipartimento, UOC, UOS o UOSD o semplice professionista, al fine di garantire percorsi di cura completi e di qualità.

L'assetto organizzativo così delineato tende a promuovere le eccellenze già presenti, a sviluppare l'azienda in un'ottica di processi e percorsi di cura, a garantire l'integrazione con il territorio, nella logica programmatica prevista dalla L. 23/2015.



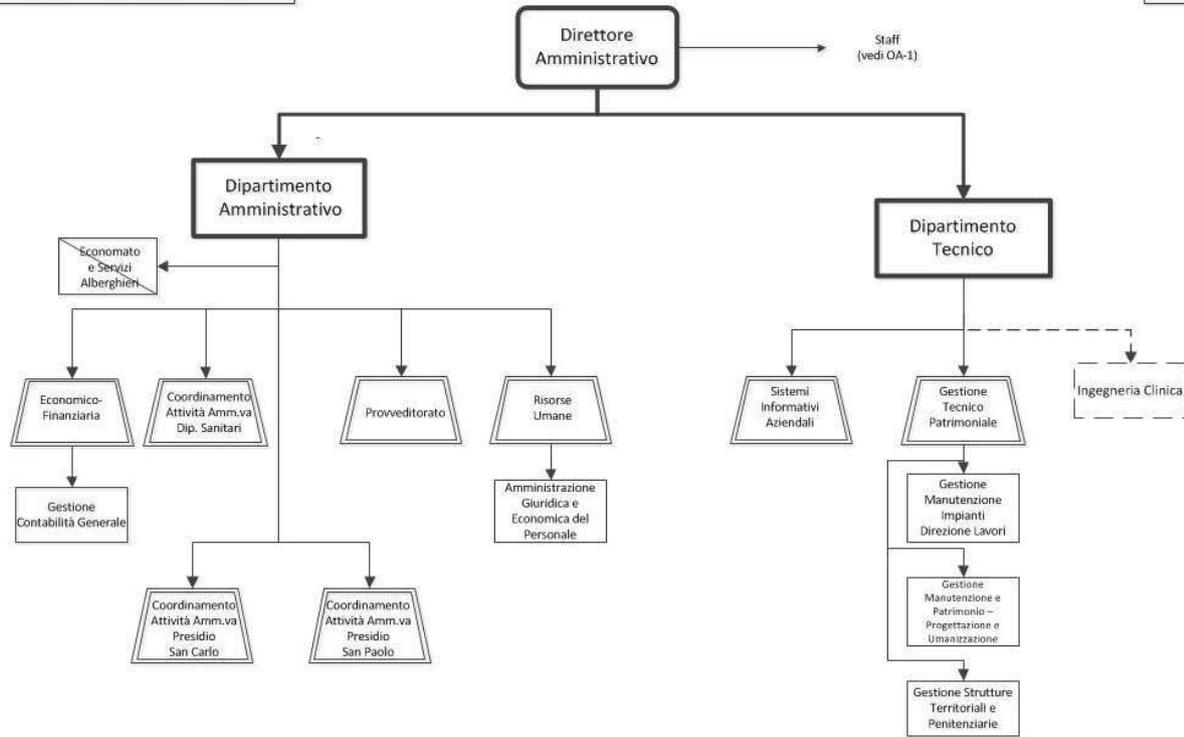
## 16.6 ORGANIGRAMMA





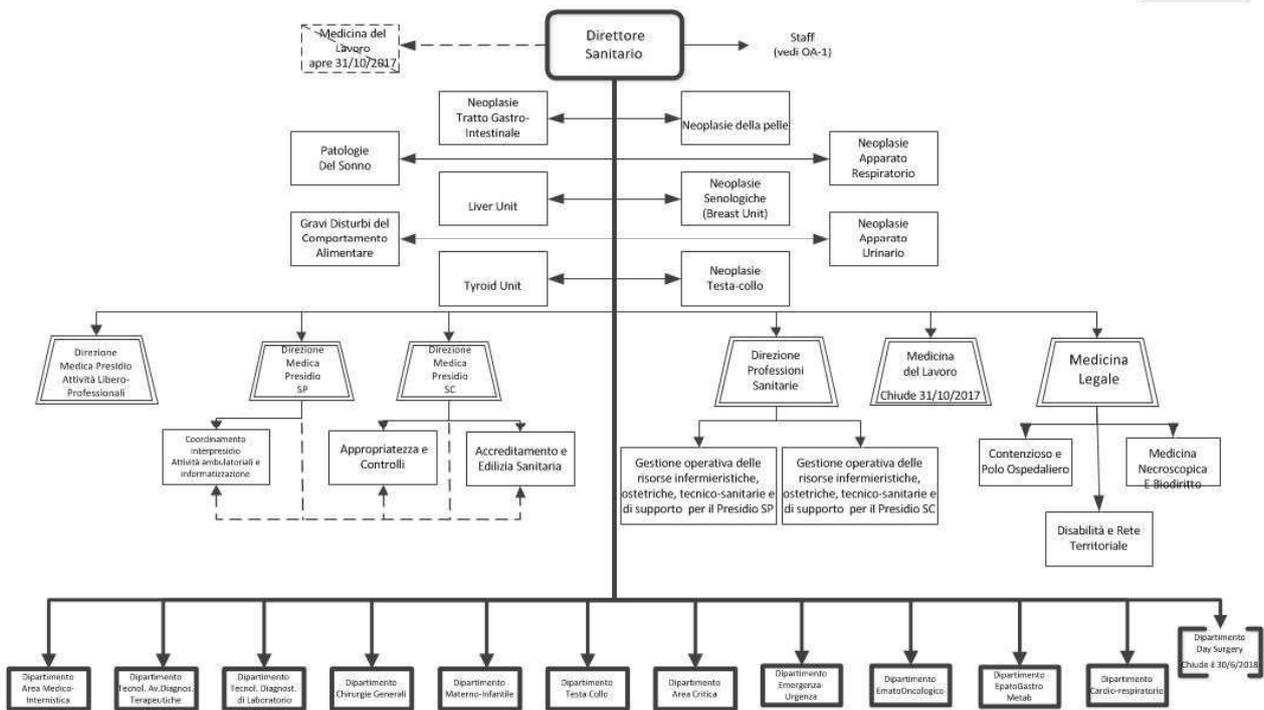
DIREZIONE AMMINISTRATIVA

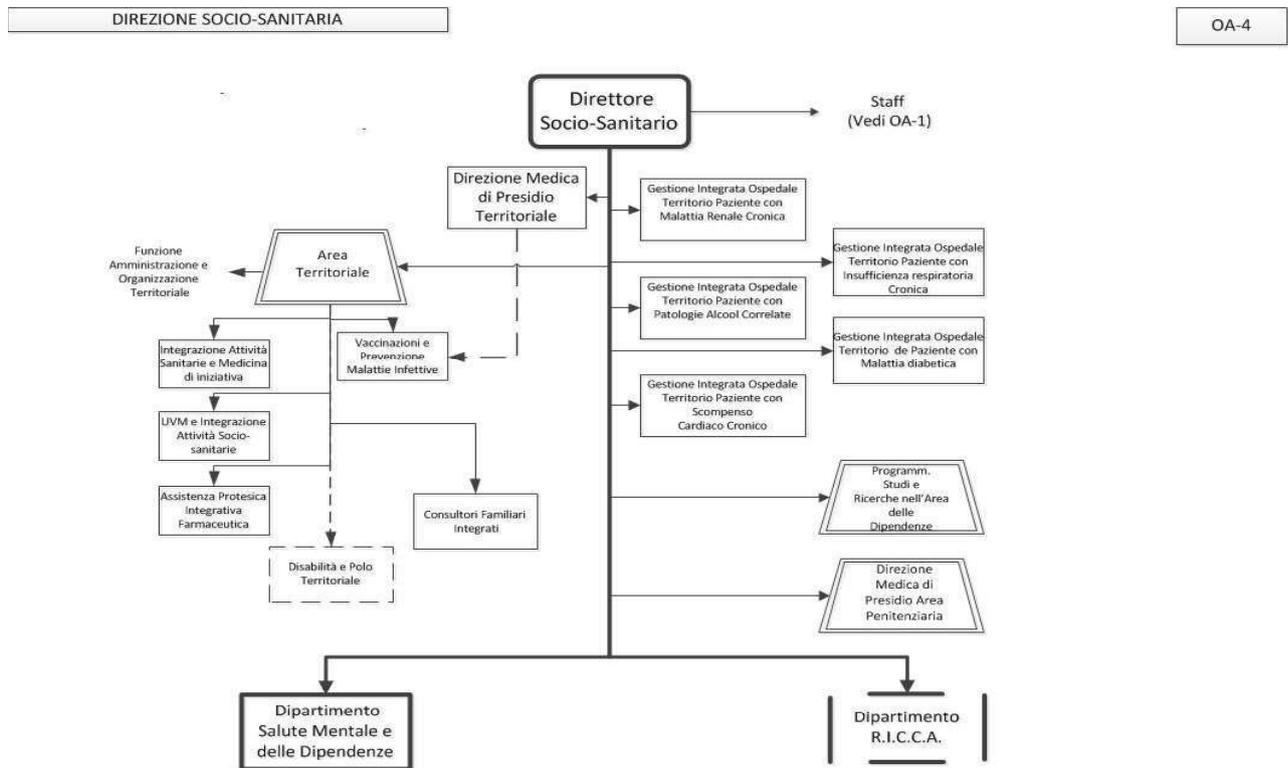
OA-2



DIREZIONE SANITARIA

OA-3





## 16.7 DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Concentrando l'attenzione sulle funzioni maggiormente coinvolte nella mappatura dei processi del presente Piano, si indicano di seguito i compiti e le attività afferenti alla Direzione Amministrativa, mentre le funzioni propriamente sanitarie risultano parimenti declinate nel vigente Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS)

### Dipartimento Amministrativo

Il Dipartimento amministrativo è una struttura organizzativa a carattere gestionale, composta da strutture complesse in line alla Direzione Amministrativa e, sulla base e nei limiti delle specificità tecnico professionali proprie della materia, espleta la funzione di supporto alle varie articolazioni aziendali, allo scopo di coordinare ed integrare tutti i processi tecnico amministrativi necessari alla realizzazione della mission aziendale.

Il Dipartimento ha l'obiettivo di favorire la razionalizzazione, semplificazione e qualificazione dell'attività amministrativa, attraverso l'integrazione e il coordinamento delle funzioni, nel rispetto dell'autonomia e della responsabilità gestionale dei dirigenti preposti a ciascuna U.O./ Servizio.

Le Strutture afferenti al Dipartimento sono:

### SC Economico Finanziaria

È struttura complessa che traduce in termini economico finanziari gli obiettivi di programmazione aziendale,



redige il Bilancio aziendale e supporta la Direzione Strategica nell'analisi economico finanziaria della gestione. E' responsabile della regolarità contabile e fiscale delle operazioni contabili dell'Azienda; gestisce i flussi economici e finanziari di competenza; cura la gestione economica della libera professione aziendale.

All'interno della SC sono previste le seguenti strutture e funzioni:

### **SS Gestione Contabilità Generale**

È struttura semplice che sovrintende alla gestione della Contabilità Generale e principalmente alla:

- tenuta delle scritture e dei libri contabili e fiscali obbligatori in conformità alle disposizioni di legge,
- registrazione ed emissione fatture ed in particolare per quanto attiene la fatturazione elettronica import ed export dati e gestione dell'hub regionale,
- emissione ordinativi di incasso e di pagamento,
- riconciliazione partitari clienti e fornitori,
- predisposizione delle dichiarazioni fiscali,
- gestione cessioni di credito,
- rimborsi ed indennizzi e reintegri,
- rilevazione e riconciliazione delle partite intercompany,
- gestione dei rapporti con i fornitori e clienti,
- gestione e riconciliazione dati con la Piattaforma Certificazione Crediti,
- verifica del rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori,
- monitoraggio e pubblicazione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti – ITP.

### **Funzione Programmazione e monitoraggio dei flussi finanziari**

Assicura:

- verifica periodica di cassa e tenuta dei rapporti con il Collegio Sindacale per la parte di competenza connessa alla gestione dei flussi finanziari,
- gestione e riconciliazione dei flussi di cassa G3S,
- gestione e verifica dei flussi finanziari con l'ATS,
- gestione e riconciliazione dati con il SIOPE,
- cura i rapporti con il Tesoriere,
- verifica degli incassi dei contributi di parte corrente ed in conto capitale,
- redazione il rendiconto finanziario,
- cura le relazioni e i debiti informativi connessi con i flussi finanziari con la ATS, Regione, Ministeri, Equitalia e Corte dei Conti,
- verifica lo stato di contabilizzazione dei contributi connessi ai progetti,
- tenuta delle scritture contabili della Attività Libero Professionale separate, in conformità alle disposizioni di legge,
- verifica lo stato degli incassi e la presenza dei protocolli autorizzativi,
- proposta di ripartizione dei compensi e di emissione degli ordinativi di pagamento.

### **Funzione Gestione Piano attuazione certificabilità dei bilanci (PAC)**

Svolge le funzioni connesse alla rilevazione delle procedure amministrativo-contabili ed alla messa in atto di tutte le azioni finalizzate al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la Certificabilità del Bilancio. Garantisce il Percorso Attuativo della Certificabilità (cd. PAC.) e cura le relazioni e i debiti informativi connessi all'attuazione del PAC con la Regione, Ministeri, Collegi Sindacali e soggetti di competenza.



## SC Provveditorato

E' Struttura complessa che ha la funzione di garantire la soddisfazione dei fabbisogni necessari all'attività sanitaria della ASST attraverso la programmazione e la gestione degli acquisti di beni e servizi.

La SC Provveditorato, nel rispetto della normativa nazionale e regionale, svolge la propria attività nella predisposizione di procedure di gara autonome collaborando con le altre figure sanitarie e tecniche dell'ASST per la definizione dei capitolati tecnici, partecipa e collabora, nell'ambito del Consorzio interaziendale, alle attività previste per le procedure di gara consorziate, collabora e predispone i dati per le procedure di gara attivate da ARCA.

Verifica, in collaborazione con la SC Controllo di gestione, il livello dei costi di ogni CdR per ogni CdC attraverso un'attività di monitoraggio costante rispetto ai contratti stipulati.

Il direttore del Provveditorato è di norma individuato quale Responsabile Unico del procedimento (RUP) nelle gare di servizi e forniture di beni.

Supporta i DEC (Direttori dell'Esecuzione del Contratto) che hanno il compito di verificare la qualità nell'esecuzione del contratto e l'applicazione di eventuali azioni correttive e che vengono individuati, in funzione delle competenze, in UU.OO. esterne alla SC Provveditorato.

## SSD Economato e Servizi Alberghieri

È struttura semplice dipartimentale le cui attività consistono nell'organizzazione e gestione di attività rese in proprio e/o esternalizzate relative alla erogazione di servizi economici e di tipo alberghiero. In particolare coordina e gestisce il personale afferente ai vari servizi economici dell'ASST e svolge la funzione di controllo degli appalti e di Direttore dell'Esecuzione del Contratto per i servizi di competenza (es: lavanolo, ristorazione, pulizie, portierato, rifiuti speciali, parcheggi, buoni pasto).

Le attività della Struttura per quanto attiene alla parte economica sono relative alle forniture di beni e servizi resi in proprio quali ad es: magazzino, logistica e distribuzione dei materiali di consumo sanitari, generi di convivenza e cancelleria, inventario dei beni mobili, portierato/ingresso merci, servizio autisti, centralino, parco veicoli aziendali, telefonia mobile, buoni mensa interna e buoni pasto, servizio di riproduzione stampati e gestione cassa economica.

Le attività della Struttura per quanto attiene alla parte servizi alberghieri sono articolate in beni e servizi esternalizzati e interni quali ad es: servizio vigilanza e portierato, servizio di fornitura pasti a degenti, lavanolo e materasseria, contratto di pulizia, facchinaggio, carro attrezzi e acquisto derrate alimentari.

Inoltre ha la gestione interna del personale e delle attività della mensa dipendenti, è responsabile Industria Alimentare e la gestione del magazzino derrate alimentari e sacchetto notturno

## SC Risorse Umane

La SC Risorse Umane concorre alla definizione delle politiche di gestione, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane e ne garantisce l'attuazione in coerenza con le strategie e la mission aziendale; inoltre fornisce supporto alla "line" per la gestione e organizzazione del personale. A tal fine l'Unità Operativa assicura:

- la collaborazione alla Direzione Strategica nella stesura degli atti di organizzazione aziendale, nella pianificazione e definizione del fabbisogno di personale, nella definizione delle politiche di reclutamento, di sviluppo professionale e di organizzazione del personale, nella elaborazione e impostazione dei sistemi premianti e del sistema di valutazione;
- la predisposizione del bilancio preventivo per la parte dei costi del personale e ne garantisce il monitoraggio in corso d'anno;
- la gestione delle procedure per l'acquisizione di risorse umane (sia mediante procedure concorsuali che mediante forme alternative –consulenze/collaborazioni);
- la gestione giuridica, economica e previdenziale del rapporto di lavoro;



- la gestione delle politiche incentivanti e di sviluppo professionale sulla scorta dei processi di valutazione aziendale;
- l'assolvimento di tutti i debiti informativi relativi al personale.

Alla SC Risorse Umane afferisce l'Ufficio Relazioni Sindacali che svolge le attività relative alla parte sindacale sia del comparto che della dirigenza della ASST. In particolare aggiorna la raccolta di norme, regolamenti, accordi nazionali ecc., convoca le riunioni sindacali, predispone i verbali e supporta la delegazione trattante di parte pubblica. Tale ufficio si rende necessario a seguito della complessità data dall'unione dei due Presidi San Carlo e San Paolo.

### **SS Amministrazione Giuridica ed Economica del Personale**

Alla SC Risorse Umane afferisce la SS Amministrazione Giuridica ed Economica del Personale con responsabilità sulle funzioni di acquisizione e gestione giuridica ed economica del personale per tutte le tipologie di rapporto di lavoro presenti in Azienda.

### **Dipartimento Tecnico**

Le Strutture afferenti al Dipartimento sono:

#### **SC Gestione Tecnico Patrimoniale**

È struttura complessa che ha la competenza specifica e prioritaria nella gestione e manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio immobiliare di proprietà ed in locazione della ASST; ha pertanto competenze tecniche ed amministrative interne per:

- la gestione tecnica degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria necessari alla conservazione del patrimonio immobiliare,
- la gestione amministrativa degli appalti,
- l'affidamento a terzi di servizi di ingegneria complessi ed appalti di opere,
- la gestione dei finanziamenti regionali e/o statali e la predisposizione e gestione del piano triennale ed annuale dei lavori,
- la gestione contabile ed amministrativa del budget assegnato e dei finanziamenti,
- la gestione del patrimonio in locazione.

In relazione alla complessità ed alla necessità di avere specifiche competenze tecniche all'interno della SC sono individuate tre strutture semplici:

#### **SS Gestione manutenzione impianti – Direzione Lavori**

A tale Struttura compete assicurare la manutenzione del patrimonio immobiliare di proprietà ed in locazione, con specifiche competenze nella conduzione, gestione e manutenzione degli impianti elettrici, meccanici, gas medicali, ed ogni altro impianto installato nei fabbricati così come previsto dalla normativa vigente.

A questa Struttura compete la predisposizione degli atti inerenti le procedure di gara e di affidamento a seguito di aggiudicazione. Al Dirigente della Struttura può essere assegnato il Ruolo di Responsabile Unico del procedimento (RUP) ai sensi del D. Lgs. 50/2016, su indicazione del Direttore della SC.

Può essere altresì affidato al Dirigente il compito di sovrintendere alla Direzione lavori ed alta sorveglianza dei servizi esternalizzati e delle opere affidate a terzi.

Gli compete la gestione e coordinamento del personale tecnico del settore officine afferenti ad uno dei due Presidi Ospedalieri, garantendo gli interventi anche sulle strutture territoriali.



## **SS Gestione manutenzione e patrimonio–progettazione e umanizzazione**

A tale Struttura compete assicurare la manutenzione del patrimonio immobiliare di proprietà ed in locazione, con specifiche competenze nella conduzione e gestione delle componenti edili e strutturali dei fabbricati.

Al Dirigente della Struttura può essere assegnato il Ruolo di Responsabile Unico del procedimento (RUP) ai sensi del D.Lgs. 50/2016 su indicazione del Direttore della S.C.

Può essere altresì affidato al Dirigente il compito di sovrintendere alla Direzione lavori ed alta sorveglianza dei servizi esternalizzati e delle opere affidate a terzi.

Gli compete la gestione e il coordinamento del personale tecnico del settore officine afferenti ad uno dei due Presidi Ospedalieri garantendo gli interventi anche sulle strutture territoriali.

Inoltre ha il compito della gestione del budget annuale assegnato alla manutenzione, la predisposizione di studi di fattibilità e progetti per gli interventi di ristrutturazione, garantendo altresì il supporto tecnico alle diverse competenze aziendali.

## **SS Gestione strutture territoriali e penitenziarie**

A tale Struttura compete assicurare la manutenzione del patrimonio immobiliare in locazione e collocato presso le strutture carcerarie e territoriali, con specifiche competenze nella sorveglianza dello stato generale di manutenzione, la direzione lavori ed alta sorveglianza dei servizi esternalizzati e delle opere affidate a terzi avvalendosi del supporto tecnico e delle risorse delle due strutture semplici. Inoltre ha la gestione dei contratti di locazione passiva e dei rapporti con gli Enti terzi aventi giurisdizione.

L'attribuzione dei ruoli di progettazione esecuzione gara e direzione lavori avverrà in osservanza delle regole di alternanza finalizzate a prevenire i rischi indicati dal Piano Nazionale Anticorruzione.

## **SC Sistemi informativi aziendali**

La L.R. 23/2015 ha posto particolare accento al ruolo dei sistemi informativi nell'ambito aziendale, declinando compiti e scadenze per raggiungere gli obiettivi uniformando i sistemi.

Si confermano quindi le precedenti indicazioni (DGR VIII/007289/2008) rispetto alla collocazione della Struttura Sistemi Informativi Aziendali (SIA) in staff alla Direzione Strategica.

Le funzioni svolte dalla Struttura SIA sono:

- sviluppo dei sistemi informativi per il miglioramento della gestione dei singoli servizi, l'ottimizzazione delle procedure organizzative e la razionalizzazione nell'uso delle risorse,
- gestione progettazione e sviluppo di un sistema informativo aziendale coerente con le sue molteplici funzioni sanitarie, sociosanitarie, amministrative, gestionali e tecniche,
- adeguamento costante del sistema informativo per il controllo di tutti i dati aziendali, finalizzati sia al soddisfacimento delle necessità informative interne all'azienda per la gestione, pianificazione e programmazione delle proprie attività, sia al soddisfacimento del debito informativo dell'azienda nei confronti di Regione, dei ministeri e di ogni altra istituzione che ne abbia titolo,
- definizione dell'architettura informativa aziendale in coerenza con l'impostazione programmata e concordata a livello della ATS,
- supporto alla revisione dei processi interni, in particolare quelli legati all'accoglienza,
- realizzazione dei necessari interventi per garantire l'interoperabilità dei sistemi, sulla base delle indicazioni regionali,
- coordinamento degli interventi per la sicurezza, rispettando la privacy.

Le UU.OO. del Dipartimento Tecnico si integrano e collaborano funzionalmente con la SS Ingegneria Clinica, afferente alla Direzione Sanitaria, che di seguito si indica.



## Ingegneria clinica

La SS di Ingegneria Clinica, già prevista nelle “Linee guida regionali per l’adozione dei piani di organizzazione aziendale delle aziende sanitarie e degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia” (DGR n. IX/3822 del 25.07.2012) al punto 3), svolge un ruolo di supporto per quanto concerne l’aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, attraverso le seguenti attività:

- gestione delle tecnologie biomediche in dotazione all’azienda, dal collaudo, alla manutenzione e alla dismissione, per garantire un uso sicuro, economico ed affidabile delle tecnologie stesse con particolare riferimento alla formazione del personale utilizzatore,
- programmazione e valutazione acquisti di nuove apparecchiature,
- supporto alle valutazioni di Health Technology Assessment finalizzate all’introduzione di nuove tecnologie biomediche,
- supporto al processo di integrazione ospedale-territorio, Information Technology in ambito sanitario e attività di ricerca. Si occupa altresì dell’aspetto gestionale e strategico delle tecnologie biomediche (dispositivi medici, software dispositivo medico, dispositivi medici diagnostici in vitro, dispositivi medici impiantabili attivi) sia in ambito ospedaliero che territoriale e domiciliare, e, in riferimento agli ultimi due, opera in accordo con i programmi definiti da Regione, ATS e Collegio dei Direttori. Opera in collaborazione funzionale con il Dipartimento Tecnico. La SS viene diretta da un ingegnere biomedico o clinico, o ad indirizzo biomedico, secondo quanto indicato dalla Raccomandazione n. 9 – aprile 2009 e dalle Linee Guida regionali di cui alla DGR 2/8/2016.

## Staff dell’area della Formazione

### SC Formazione (afferisce al Direttore Amministrativo)

E’ struttura complessa che si occupa della formazione e dell’aggiornamento del personale, che costituiscono la leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti, per la realizzazione degli obiettivi e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati. La formazione, oltre ad essere considerata come processo di acquisizione e sviluppo di abilità e competenze, è anche trasmissione di valori di riferimento e norme comportamentali ed è strettamente legata alle strategie globali ed alle altre politiche di gestione delle risorse umane.

La SC Formazione cura le seguenti attività e funzioni:

- predisposizione e attuazione del Piano Formativo Aziendale nel rispetto degli indirizzi e direttive formulati alla Direzione Generale e dal Comitato Tecnico Scientifico, integrandone i fabbisogni espressi con gli obiettivi aziendali assegnati ed individuandone docenti, metodologia didattica e destinatari;
- analisi del fabbisogno formativo in collaborazione con i Dipartimenti/Servizi e i loro referenti formazione;
- promozione e sviluppo delle competenze relazionali degli operatori al fine di migliorare la qualità clinica
- predisposizione di regolamenti e modulistica in sintonia con i contratti collettivi nazionali del settore sanità, le norme nazionali, regionali e le disposizioni aziendali;
- svolgimento di attività di supporto alla Direzione Strategica per la definizione del budget annuale di formazione da attribuire ai Dipartimenti/Servizi;
- accreditamento dei corsi aziendali nel rispetto delle procedure ECM, Valutazione del gradimento, apprendimento, impatto e ricaduta delle iniziative di formazione, gestione delle procedure complete di riconoscimento dei corsi di formazione interna ed esterna (attribuzione ore e crediti, inserimento in curriculum, attestazioni e liquidazioni delle spese);



- gestione dell'acquisto di testi e riviste sia per il settore amministrativo che sanitario e gestione e promozione del sistema bibliotecario biomedico lombardo (SBBL);
- gestione organizzativa della Scuola "Scuola Medici di Medicina Generale" attraverso il monitoraggio e la garanzia dello svolgimento delle regolari attività di formazione e gestione amministrativa dei fondi assegnati per tale attività;
- tenuta dei rapporti con Eupolis per le attività formative e con altri soggetti pubblici per l'utilizzo delle risorse dedicate alla formazione,
- autorizza e organizza la frequenza ospedaliera dei tirocinanti.

#### **Staff dell'area dell' ACCOGLIENZA (afferisce al Direttore Amministrativo)**

##### **SC Centro Unico Prenotazioni e Spedalità**

È struttura complessa che contribuisce alla formulazione e realizzazione delle strategie della Direzione Aziendale nei confronti dell'utenza, sia nel miglioramento dei servizi erogati per conto del SSR sia come offerta di prestazioni sanitarie a privati cittadini ed Enti.

La struttura ha il compito di:

- gestire le attività amministrative ospedaliere relative ai ricoveri e alle prestazioni ambulatoriali,
- assicurare il supporto alla Direzione Strategica per il coordinamento delle attività amministrative svolte all'interno dei Servizi Sanitari Ospedalieri e territoriali,
- organizzare e gestire l'attività del Centro Unico di Prenotazione svolta anche nei Servizi e nei Reparti nonché l'attività amministrativa di accettazione e spedalità,
- gestire le agende della ASST anche raccordandosi con i Centri servizi extra-aziendali attivati in coerenza con quanto previsto dalla L.R. 23/15,
- istruire le pratiche per le richieste di rimborso delle prestazioni ambulatoriali a soggetti stranieri,
- predisporre la documentazione per la fatturazione delle prestazioni, in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio, il Servizio Economico Finanziario ed il Controllo di Gestione;
- collaborare con la Direzione Sanitaria Aziendale e la Direzione Medica di Presidio delle attività libero professionali nel promuovere e definire le modalità di prenotazione dell'attività libero professionale intramuraria nonché dell'area a pagamento,
- curare, nel rispetto dei contenuti del regolamento e degli atti di indirizzo forniti, le modalità di prenotazione, erogazione e pagamento delle prestazioni,
- Integrare le attività di prenotazione di servizi e prestazioni ambulatoriali, ospedaliere e territoriali.

#### **Staff dell'area Legale**

##### **SC Affari Generali (afferisce al Direttore Amministrativo)**

Provvede alla trattazione degli affari generali e agli adempimenti di interesse dell'Azienda e delle sue articolazioni operative e segue l'intero iter procedurale degli atti deliberativi dell'azienda, supportando le strutture aziendali sotto il profilo giuridico amministrativo. La gestione del contenzioso, mediante la Funzione Avvocatura, afferisce invece direttamente al Direttore Generale. La Struttura supporta le funzioni di segreteria degli Organi ed Organismi collegiali dell'Azienda: Collegio Sindacale, Collegio di Direzione, il Nucleo di valutazione e il Consiglio dei Sanitari in collaborazione con la Segreteria della Direzione Strategica. Garantisce la gestione del Protocollo e archiviazione atti nonché degli adempimenti relativi alla pubblicazione degli stessi, la redazione di convenzioni passive e la tenuta del Repertorio contratti. Predisporre gli atti per l'accesso e la frequentazione di specializzandi, frequentatori, volontari. Assicura il supporto tecnico



amministrativo ai progetti di ricerca indipendente.

### **SC Affari Legali** (afferisce al Direttore Amministrativo)

La Struttura Complessa assicura la gestione attiva e passiva delle polizze assicurative aziendali, con tenuta dei rapporti con broker assicurativo, gli Uffici Regionali competenti ed ARCA per la gestione dei sinistri aziendali. Effettua l'analisi delle polizze assicurative e la consulenza giuridica in sede di rinnovo delle coperture assicurative.

Garantisce inoltre il coordinamento del Comitato Aziendale di Valutazione Sinistri e l'esecuzione delle determinazioni del Comitato in materia di gestione/definizione dei sinistri "medical malpractice" e di quelli rientranti nella copertura assicurativa RCT/O, con particolare riferimento ai sinistri in "self insurance retention" (SIR) affidati alla gestione/definizione esclusiva dell'Azienda.

### **Staff dell'area Farmaceutica** (afferisce al Direttore Sanitario)

#### **SC Farmacia**

Analoga rilevanza, nell'ambito del presente Piano, ha l'attività relativa all'acquisizione di farmaci e dispositivi. Il Servizio di Farmacia è una struttura complessa in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale preposta alla gestione di farmaci, dispositivi medici, diagnostici, nel rispetto dei criteri di sicurezza, efficacia, efficienza ed economicità.

Al servizio di Farmacia compete la formulazione del piano di attività per la farmacia, in relazione alla programmazione generale dell'Azienda, l'integrazione tra l'organizzazione della propria struttura e quella dei reparti e servizi ospedalieri, la promozione della formazione e della qualificazione tecnica degli operatori addetti.

Si individuano le funzioni principali:

- gestione di farmaci, dispositivi medici, diagnostici, materiale sanitario,
- informazione al personale sanitario sulle caratteristiche dei farmaci, disinfettanti, dispositivi medici, diagnostici e consulenze alle U.O. per il loro impiego,
- partecipazione al processo di budget per quanto attiene alla definizione ed alla attribuzione dei prodotti farmaceutici da impiegarsi in relazione agli obiettivi fissati,
- produzione di galenici magistrali (formule magistrali, farmaci orfani, farmaci non reperibili in commercio o preparazioni sperimentali, antiblastici, miscele nutrizionali), terapie personalizzate,
- partecipazione allo sviluppo e verifica del sistema informativo aziendale con particolare riguardo ai flussi e agli strumenti informativi relativi all'impiego dei prodotti farmaceutici,
- analisi dei costi dei fattori produttivi, dei consumi per centri di costo, analisi di farmacoconomia e farmacoepidemiologia,
- farmacovigilanza e vigilanza sull'impiego dei dispositivi medici,
- attività di pianificazione e controllo in raccordo con la ATS, al fine di uniformare le modalità distributive di farmaci e materiale sanitario (protesica minore, integrativa, dietetica, ecc.),
- costante monitoraggio e controllo delle terapie innovative,
- assistenza farmaceutica agli Istituti Penitenziari,
- gestione dei campioni sperimentali secondo Good Clinical Practice,
- partecipazione al Comitato Etico Interaziendale,
- valutazione di Health Technology Assessment (HTA) per l'adozione di nuove tecnologie relativamente a farmaci e dispositivi medici,
- gestione del Prontuario Ospedaliero e Repertorio dei dispositivi medici con partecipazione alla elaborazione di documentazione per l'utilizzo.

Al fine di favorire processi e procedure trasversali ai due Presidi ed una progressiva armonizzazione delle attività



e dei processi dei Presidi Ospedalieri dell'ASST la SC di Farmacia si articola al suo interno come segue:

- **SS Farmaci e Farmaco epidemiologia,**
- **SS Dispositivi Medici e medicinali per alte tecnologie HTA,**
- **SS Galenica Clinica e farmaci sperimentali**

A seguito dell'avvenuto trasferimento delle attività farmaceutiche territoriali di cui alla L.R. 23/2015 e definite nell'ambito del Progetto per la città di Milano, viene prevista e la

- SS Farmacia di integrazione territoriale e penitenziaria**

Analogamente alla SC Direzione Medica Penitenziaria, quest'ultima SS afferisce alla Direzione Sociosanitaria.

### **Ufficio Farmacologia e trial clinici**

L'Ufficio Farmacologia, valorizzando le competenze farmacologiche universitarie presenti nella ASST, fornisce consulenza e supporto, trasversalmente a tutti i contesti clinico-assistenziali in relazione al corretto uso dei farmaci.

Su richiesta della Struttura Complessa di Farmacia collabora con la stessa e supporta la Direzione Sanitaria Aziendale:

- nella valutazione di farmaci presenti nel prontuario terapeutico ospedaliero e del prontuario terapeutico alle dimissioni,
- negli approfondimenti mirati all'ottimizzazione degli interventi terapeutici,
- nell'attività di farmaco - epidemiologia.

Promuove e supporta le attività di ricerca clinica farmacologica, anche attraverso l'organizzazione di un Clinical Trial Center finalizzato:

- alla promozione di protocolli di studi clinici indipendenti,
- alla gestione dei processi autorizzativi dei protocolli sperimentali,
- al contatto con le Autorità regolatorie.

Per lo svolgimento di quest'ultima specifica attività relativa alla ricerca clinica farmacologica, è previsto che l'Ufficio venga supportato da competenze epidemiologiche e statistiche, nonché da una segreteria organizzativa incaricata di:

- favorire la predisposizione della documentazione da presentare al Comitato Etico;
- curare la formalizzazione delle decisioni assunte dal Comitato stesso.

assolvere tutte le incombenze amministrative previste dalla normativa vigente in materia.

### **SC Direzione Medica Presidio Attività Libero Professionali**

La libera scelta del cittadino di affidarsi al professionista di sua fiducia per la cura, così come il diritto del professionista di poter offrire la propria competenza al cittadino che liberamente richiede le sue prestazioni, vengono garantite dall'ASST, sia all'interno delle proprie sedi sia in strutture esterne, nel rispetto della normativa nazionale, regionale e aziendale.

Considerata la rilevante attività storicamente svolta dall'ASST in questo ambito, si è reso necessario prevedere una specifica Direzione che ne curasse gli aspetti gestionali, autorizzativi, di istruzione degli atti deliberativi e di rendicontazione nonché ne monitorasse costantemente il regolare svolgimento. Considerata la necessità di esaminare le diverse tipologie di attività cliniche di cui trattasi, si è ritenuto opportuno far prevalere attualmente la componente sanitaria che si deve integrare strettamente con la componente amministrativa dell'intera Azienda, unificando percorsi, protocolli e procedure dei due Presidi San Paolo e San Carlo.



La Direzione Medica di Presidio delle attività libero professionali svolge, in questo ambito specifico, funzioni relative a:

- analisi delle richieste dell'utenza, dei professionisti e delle Strutture esterne e formulazione di proposte attuative da rappresentare alla Direzione aziendale per la necessaria preliminare approvazione,
- monitoraggio delle attività svolte e verifica del rispetto delle indicazioni nazionali, regionali e aziendali in materia, con predisposizione di periodica rappresentazione dell'attività effettuata, nonché del rispetto puntuale del Regolamento Aziendale approvato dalla Direzione Strategica;
- promozione e valorizzazione delle eccellenze cliniche e assistenziali, coerentemente con le politiche di sviluppo tipiche della ASST, al fine di generare ricadute positive di immagine sulle UU.OO. di appartenenza,
- controllo e rendicontazione mensile, in contabilità separata per il Presidio San Paolo e per il Presidio San Carlo, delle attività cliniche svolte sia dai singoli professionisti medici sia dalle diverse equipe specialistiche, ivi comprendendo la ripartizione delle singole spettanze da trasmettere alla SC Economico Finanziaria e alla SC Risorse Umane.

## 17 VALUTAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO

La valutazione e analisi del rischio corruttivo si articola in tre fasi:

- **identificazione degli eventi rischiosi**, che ha il compito di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione. L'identificazione degli eventi rischiosi conduce alla creazione di un "Registro degli eventi rischiosi", nel quale sono riportati i potenziali/reali eventi rischiosi relativi ai processi gestiti dall'amministrazione.
- **analisi del rischio**, che consiste nello stimare il livello di esposizione dei processi/attività al rischio corruttivo. Al fine di stimare il livello di rischio corruttivo di un dato processo, occorre valutare alcuni indicatori di stima del livello di rischio del processo, quali ad esempio: la presenza o meno di interessi economici o benefici diretti, la presenza o meno di discrezionalità di un processo, il livello di collaborazione del responsabile del processo alla costruzione del PTPCT, l'inadeguata diffusione della cultura della legalità, il numero di segnalazioni pervenute, i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari. Le informazioni sono ottenute attraverso la rilevazione delle attività e delle funzioni delle strutture organizzative interessate. Sulla base delle informazioni ottenute, si procede ad *un'analisi di tipo qualitativo*, attraverso la misurazione di ciascun indicatore di livello di rischio corruttivo del processo, mediante una scala di misurazione ordinale del tipo: alto, medio, basso. La misurazione dei singoli indicatori determina la valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio corruttivo di un dato processo, sempre mediante una scala di misurazione ordinale del tipo: alto, medio, basso. Ogni misurazione deve essere accompagnata da dati ed evidenze.
- **ponderazione del rischio**, che prende in considerazione le risultanze dell'analisi del rischio, definendo le priorità di trattamento del rischio e le azioni da intraprendere.

## 18 TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il **trattamento del rischio** è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi corruttivi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Il trattamento del rischio ha come obiettivo quello di identificare le misure di prevenzione della corruzione in funzione delle criticità rilevate in sede di analisi del rischio. Le misure si distinguono in misure generali e misure specifiche.

**Le misure generali** intervengono in materia trasversale sull'intera organizzazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.



Le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati e incidono su problemi specifici.

Per ogni evento rischioso rilevante e per ogni processo organizzativo esposto a rischio di corruzione deve essere prevista almeno una misura di prevenzione.

Le misure devono essere adeguatamente programmate e definiti tempi di attuazione, con indicazione del soggetto responsabile e con l'individuazione di indicatori di monitoraggio, al fine di poter verificare la corretta attuazione delle misure.

## 19 MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Le gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio e valutazione, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati nel PTPCT ed alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Il monitoraggio avviene periodicamente durante l'anno, anche attraverso un'attività di audit con le singole Strutture coinvolte e con il supporto della funzione di Internal Auditing.

## 20 MAPPATURA DEI PROCESSI

I processi relativi ad attività a rischio di corruzione oggetto della mappatura sono indicati nell'allegato 1 al presente PTPCT. Essa richiede la collaborazione ed il coinvolgimento dei dirigenti titolari delle funzioni maggiormente esposte al rischio corruttivo, con attribuzione di specifici obiettivi nell'ambito della valutazione della performance aziendale.

## 21 TRATTAMENTO DEI RISCHI - MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Contenuto essenziale del PTPCT è il trattamento del rischio, con l'identificazione delle **misure di prevenzione**/mitigazione/trattamento del rischio da adottare a partire dalle aree più sensibili, con attribuzione della relativa responsabilità ai Dirigenti in merito alla attuazione di dette misure.

Le misure devono rispondere ai seguenti requisiti:

1. efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio;
2. sostenibilità economica e organizzativa delle misure;
3. adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Le misure previste nel presente Piano si distinguono in generali e specifiche a seconda che riguardino la generalità delle aree a rischio, ovvero siano mirate alla prevenzione del rischio in aree specifiche.

### 21.1 Misure di prevenzione del rischio di corruzione e collegamento con il Ciclo delle Performance

L'ANAC, nell'aggiornamento del PNA/2015, ha ribadito che:

“Particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPCT e Piano della performance o documento analogo, sotto due profili:

- a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed



individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti. Ciò agevola l'individuazione di misure ben definite in termini di obiettivi, le rende più efficaci e verificabili e conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa.”

Pertanto, le misure di prevenzione della corruzione, previste nel presente PTPCT, compresi gli obblighi di pubblicazione e di trasparenza (Allegato 2) e le misure aggiuntive individuate nella mappatura dei rischi (Allegato 1), costituiscono adempimenti dei rispettivi Dirigenti Responsabili e sono strettamente correlati al c.d. Ciclo delle Performance che dovrà prevederne l'inserimento sotto forma di obiettivi da raggiungere e/o nelle schede di budget dei Dirigenti delle strutture aziendali

## **21.2 Emergenza Covid-19: indicazioni aggiuntive in materia di prevenzione della corruzione**

L'emergenza sanitaria da Covid-19 e le conseguenze sul sistema produttivo ed economico potrebbe rappresentare un terreno fertile per il moltiplicarsi di comportamenti a rischio di corruzione contrari all'interesse collettivo, perpetrati proprio a causa delle misure d'urgenza messe in atto.

In particolare, il settore della sanità, in prima linea durante quest'emergenza, ha visto il proliferarsi di iniziative, sia di carattere normativo, atte a semplificare le procedure di affidamento in molti casi legate a situazioni di necessità ed urgenza, sia di carattere economico, con l'immissione di consistenti risorse a sostegno del settore sanitario e della ricerca. In tali condizioni i rischi di distorsione dei processi decisionali e di spesa sono molto più elevati rispetto alle condizioni di “normalità”.

Di seguito alcune indicazioni, su alcuni ambiti più sensibili, da attivare e meglio sviluppare nel corso del 2021, frutto del confronto con i responsabili dei settori a rischio.

### **a) Trasparenza in materia di erogazioni liberali**

Sin dall'inizio dell'emergenza sanitaria la ASST è stata destinataria di importanti donazioni, sia sotto forma di beni strumentali, sia sotto forma di denaro. Da subito è stata attivata una sezione sul portale istituzionale, per rendere trasparente le donazioni accettate nonché l'utilizzo delle stesse. In considerazione del vademecum operativo in materia di erogazioni liberali, predisposto dall'ORAC, e di quanto previsto dal D.L. n.18/2020 convertito in Legge 27/2020 in tema di rendicontazione delle erogazioni liberali, si suggeriscono i seguenti interventi:

- implementare le forme di pubblicità anche attraverso l'aggiornamento del portale istituzionale;
- migliorare il sistema di monitoraggio e rendicontazione delle donazioni anche attraverso un flusso informatizzato dei dati;
- valutare la revisione del regolamento sulle donazioni o delle relative procedure operative;

### **b) Appalti e contratti pubblici**

La necessità di procedere in urgenza all'acquisizione di dispositivi, farmaci ed apparecchiature ha condizionato le modalità di approvvigionamento nel 2020.

Pur tenendo presente che l'impianto normativo applicabile rimane quello della codicistica degli appalti pubblici, occorre considerare che gli acquisti di tali beni devono essere effettuati nell'obiettivo di perseguire l'interesse pubblico primario che, data la situazione emergenziale, non può non tenere conto della necessaria tempestività degli acquisti e della rapida messa a disposizione degli operatori e dei pazienti degli strumenti più idonei.

Nella consapevolezza che la gestione degli acquisti in urgenza può nascondere insidie e quindi rischi aggiuntivi, si ritiene di suggerire l'attivazione di specifici strumenti di monitoraggio delle procedure negoziate e degli appalti in deroga effettuate per Emergenza Covid-19, ai sensi del decreto semplificazioni (D.L. 16



luglio 2020, n. 76 convertito con Legge n. 120 dell' 11.09.2020), dandone evidenza nella sezione amministrazione trasparente del portale istituzionale.

### **c) Lavoro agile (smartworking)**

Durante l'emergenza sanitaria, l'incentivazione dell'istituto del lavoro agile nella pubblica amministrazione, ha fatto emergere la necessità di una più chiara regolamentazione dello stesso. È infatti importante avere piena conoscenza dell'istituto e degli obblighi che da esso derivano.

In considerazione di ciò si suggerisce l'attivazione di specifici strumenti per meglio disciplinare tale istituto, anche attraverso un apposito regolamento/procedura, il miglioramento del sistema di monitoraggio dell'attività svolta, l'attivazione di sistemi di controllo a campione con una maggiore responsabilizzazione del dipendente e del relativo responsabile.

## **22. LE MISURE GENERALI TRASVERSALI**

### **22.1 Formazione**

Ai sensi dell'art. 1, comma. 9, lett. b) della Legge 190/2012, il Piano deve prevedere, per le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, percorsi di formazione idonei a prevenire il rischio di corruzione. Per soddisfare le esigenze formative e di aggiornamento professionale degli operatori, si provvede ad individuare una formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione. La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno di cui l'Azienda si è dotata rappresenta infatti lo strumento per sviluppare una cultura della legalità.

Per l'anno 2021 saranno proposti nel Piano Formativo Aziendale corsi di base in materia anticorruzione, antiriciclaggio e codice di comportamento.

Nel Piano formativo i percorsi di formazione saranno programmati tenendo presente una strutturazione su diversi livelli:

- a) livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, riguardo le tematiche dell'etica e della legalità che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione;
- b) livello specifico per figure professionali, rivolto al RPCT, all'Internal Auditing, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio.

Inoltre il RPCT si preoccupa di informare tutti i soggetti che operano nelle aree a rischio circa le indicazioni sulle novità legislative, regolamenti, istruzioni operative in materia di anticorruzione e trasparenza.

La ASST monitora e verifica il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia con questionari somministrati ai soggetti destinatari della formazione.

### **22.2 Tutela del whistleblower**

Il RPCT accerta che chi denuncia (sia egli dipendente dell'Amministrazione cfr. art. 54-bis del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i. o altro soggetto che con essa intrattiene a qualsiasi titolo rapporti) all'autorità giudiziaria, alla Corte dei conti, ovvero riferisca al superiore gerarchico, al RUP, ai soggetti apicali dell'Amministrazione condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle



responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato, ovvero nel caso si comportamenti palesemente persecutori nei confronti del soggetto denunciato

La ASST svolge a questo fine un'attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite, impegnandosi ad adottare tutti gli accorgimenti tecnici e informatici per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni, non nel proprio interesse individuale ma nell'interesse pubblico, prevedendo un obbligo di riservatezza da parte del RPCT e delle persone da lui definite per gestire tali informazioni.

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 1, comma 51 della Legge n. 190/2012 e s.m.i. e dal Codice di comportamento, l'Azienda tutela il dipendente pubblico che segnala illeciti.

Sul portale del sito web aziendale [www.asst-santipaolocarlo.it](http://www.asst-santipaolocarlo.it) nella sezione "Amministrazione Trasparente" - Altri contenuti - Corruzione, è pubblicata la procedura per la tutela dei dipendenti che segnalano illeciti, nonché le modalità per effettuare le segnalazioni.

### 22.3 Codice di Comportamento

Il Codice di Comportamento rappresenta uno strumento di prevenzione dei fenomeni corruttivi, nell'ampia accezione affermata dalla normativa e dai provvedimenti amministrativi in materia, è finalizzato a combattere e prevenire situazioni di "maladministration", secondo la nozione di corruzione intesa in senso ampio, nonché a promuovere una cultura della legalità, del buon andamento e dell'efficacia dell'azione amministrativa e dell'attività sanitaria.

Tra gli obblighi previsti dal Codice comportamentale, nel rispetto del D.P.R. 62/2013 vi è quello di rendere conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Nel corso del 2018, la ASST con deliberazione n. 2016 del 18.12.2018 ha adottato il nuovo Codice, in ottemperanza agli obblighi introdotti dalla Legge 190/2012 e s.m.i. e dal D.P.R. n. 62/2013, alla luce delle "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), oltre che della DGR X/6062 del 29.12.2016 "Approvazione del nuovo codice di comportamento per il personale della Giunta di Regione Lombardia".

E' previsto per l'anno 2021 l'adozione di un nuovo regolamento alla luce della nuove linee guida in materia di codice di comportamento della amministrazioni pubbliche dell'ANAC con delibera n. 177 del 19/02/2020.

Il Codice in vigore è consultabile sul sito web aziendale [www.asst-santipaolocarlo.it](http://www.asst-santipaolocarlo.it).

La diffusione capillare a tutti i soggetti a cui è rivolto, l'interpretazione e la violazione del Codice di comportamento rappresenta un'indefettibile impegno per contrastare atteggiamenti troppo spesso dettati da logiche opportunistiche.

Sarà inoltre necessario verificare costantemente l'attuazione del Codice, sotto il profilo del rispetto:

- delle norme, delle prescrizioni, dei precetti, delle raccomandazioni, desumendolo dall'andamento positivo delle relazioni della compagine sociale, dalle relazioni formali degli organismi presenti anche a livello sindacale;
- delle procedure imposte, col coinvolgimento sostanziale di tutti i dirigenti, cui grava l'onere di collaborare,



nel pretendere dai propri collaboratori una condotta irreprensibile, nel segnalare proficuamente le disfunzioni e le anomalie riscontrate, nel contribuire ad accertare inequivocabilmente le condotte riprovevoli;

- del precetto che impone che gli elementi relativi alle violazioni del Codice di comportamento sono sanzionabili.

Il Codice di comportamento mira ad essere uno strumento utile ed indispensabile per prevenire i fenomeni di corruzione ed a tal fine costituisce un elemento essenziale del PTPCT.

Il giusto comportamento chiesto ai propri dipendenti ed ai collaboratori della ASST, è la guida dell'agire in maniera corretta secondo eticità, così come fortemente chiesto dalle norme che sono state emanate per prevenire la corruzione.

Nel corso dell'anno 2020 è stato adottato il Regolamento per i procedimenti disciplinari per il personale della Dirigenza e del Comparto ed il funzionamento dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD).

Al fine di consentire un adeguato monitoraggio e di garantire i flussi informativi necessari al RPCT per la redazione della relazione annuale, è previsto che l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari (UPD) predisponga, con cadenza annuale, una relazione da consegnare al RPCT, nella quale venga dato atto dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza.

#### 22.4 Rotazione del personale e segregazione delle funzioni

Con delibera n. 215 del 26.03.2019 l'ANAC ha prodotto le linee guida in materia di applicazione della misura della **rotazione straordinaria** di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D. L.gs. n. 165 del 2001.

L'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D. L.gs. n. 165 del 2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali *“provvedano al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di 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”*.

La rotazione straordinaria è un provvedimento adottato in una fase del tutto iniziale del procedimento penale, il legislatore ne circoscrive l'applicazione alle sole condotte di natura corruttiva, le quali, creando un maggiore danno all'immagine d'imparzialità dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata.

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

Il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.

In particolare, occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione, senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Infatti tale misura presenta non poche difficoltà, in considerazione del fatto che essa si pone in contrasto con il principio di continuità dell'azione amministrativa che invece comporta la valorizzazione delle professionalità acquisite dai dipendenti. Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via di emergenza o con valenza



punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale. Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

I Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro vigenti per l'area della Dirigenza Sanitaria e per l'area della Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa, che includono infatti, tra i criteri per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali, anche il "criterio della rotazione ove applicabile".

In data 24.7.2013 è intervenuta specifica Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della citata Legge 190/2012, in cui si è previsto, in particolare per quanto concerne la rotazione degli incarichi nell'ambito delle funzioni maggiormente a rischio, che:

- a) ciascun ente, previa informativa sindacale, adotti dei criteri generali oggettivi;
- b) la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico la cui durata deve essere contenuta;
- c) l'attuazione deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni;
- d) non deve determinare inefficienze e malfunzionamenti.

In materia di rotazione di incarichi, si deve tener conto, altresì, di quanto specificato dall'ANAC con la delibera 13/2015, secondo cui:

- la rotazione è rimessa all'autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;-
- la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato rischio tecnico.

Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico.

La rotazione è in ogni caso assicurata in caso di avvio di procedimento disciplinare a carico dei dipendenti, per fatti di natura corruttiva. In tale ipotesi, per il personale dirigenziale si può procedere con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. 1 *quater* e dell'art. 55 *ter*, comma 1 del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i..

Per il personale non dirigenziale invece si può procedere all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. 1 *quater* del D.Lgs n. 165/2001 e s.m.i..

L'applicazione di tale misura può, all'opposto, subire deroghe se l'effetto diretto della rotazione comporta la sottrazione di profili professionali infungibili.

Nel caso in cui sussista l'impossibilità oggettiva e motivata di rotazione, la ASST adotterà, in ogni caso, misure "rinforzate" sui processi in questione, quali l'introduzione del meccanismo della distinzione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni", con attribuzione a soggetti diversi dei compiti di:

- svolgere istruttorie ed accertamenti;
- adottare decisioni;
- attuare decisioni prese;
- effettuare verifiche.

La ASST, in applicazione ai suddetti principi, compatibilmente con le disposizioni normative e contrattuali



specifiche delle Aziende Sanitarie, provvederà a predisporre il *”Regolamento aziendale sulla rotazione del personale nelle aree a rischio corruzione”*.

La rotazione del personale dipendente (Dirigenti e del Comparto) interessa le Strutture delle aree a rischio, così come mappate nel presente Piano; spetta al Dirigente responsabile per competenza gerarchica la programmazione, gestione e verifica della rotazione ove possibile.

In particolare la rotazione ordinaria riguarderà le seguenti Aree:

- a) Area amministrativa, professionale e tecnica;
- b) Area Sanitaria comprensiva, a mero titolo esemplificativo, della vigilanza-ispezione, accettazione, liste d'attesa, accertamento diagnostico delle commissioni invalidi civili.

La rotazione ordinaria annuale viene programmata all'interno del PTPCT aggiornato annualmente. A tal fine il RPCT raccoglie le programmazioni dei Dirigenti responsabili delle aree a rischio e ne verifica l'attuazione.

## 22.5 Gestione dei conflitti di interesse

Il conflitto di interesse è un tema di particolare rilevanza all'interno del settore della tutela della salute perché è condizione molto frequente nel rapporto fra medico e paziente, nella relazione fra operatori e soggetti esterni; in quanto tale può influenzare le decisioni cliniche che incidono sulla salute delle persone e comportare oneri impropri a carico delle finanze pubbliche.

In termini generali, si può affermare che si è in presenza di un conflitto di interessi *“quando un interesse secondario (privato o personale) interferisce o potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere le potenzialità di interferire) con la capacità di una persona di agire in conformità con l'interesse primario di un'altra parte”*. L'interesse primario può riguardare la salute di un paziente, l'oggettività della informazione scientifica, ecc.; l'interesse secondario può essere un guadagno economico, un avanzamento di carriera, un beneficio in natura, un riconoscimento professionale, ecc.

A tal riguardo, in attuazione di quanto richiamato al paragrafo 2.2.3 dell'Aggiornamento 2015 al PNA e del successivo aggiornamento 2016 - Sezione Sanità, la ASST, proprio in considerazione della complessità delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello operano nel settore sanitario ed intervengono nei processi decisionali, anche in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013 e dal Codice di comportamento aziendale, dispone che i professionisti di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione che implichi responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione. Le suddette dichiarazioni pubbliche di interessi rappresentano un'ulteriore misura di prevenzione della corruzione da inserirsi tra le azioni di contrasto a potenziali eventi a rischio corruttivo che possono riguardare trasversalmente le aree sopra indicate.

Nella consapevolezza che l'eliminazione di situazioni di conflittualità è uno degli strumenti che concorrono alla prevenzione della corruzione, l'articolo 1 comma 41 della L. 190/2012 ha introdotto, con l'articolo 6 bis della L. 241/1990, l'obbligo di astensione, in caso di conflitto di interessi, del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, imponendo a tali soggetti l'obbligo di segnalare ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo, e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine dell'Azienda.



Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.

In quest'ottica la ASST, prevede l'adozione di un Regolamento in materia di conflitti di interesse (corredato da idonea modulistica), tenendo conto di due aspetti fondamentali:

1. creare consapevolezza dell'obbligo di astensione da parte dei dipendenti;
2. coadiuvare il Responsabile dell'ufficio che deve decidere sull'astensione.

In base al Codice di comportamento aziendale, il dovere di astensione è d'obbligo anche per tutti i soggetti che operano, sia pure occasionalmente, in nome e nell'interesse dell'azienda e che si trovano ad avere un interesse attualmente o potenzialmente in conflitto con quello dell'azienda stessa (es. cointeressenze con fornitori o clienti) o che potrebbe interferire con la capacità di assumere decisioni coerenti con gli obiettivi aziendali.

Tali soggetti devono astenersi dal porre in essere ogni atto in merito e segnalare la sussistenza del conflitto al diretto superiore o ad altra funzione aziendale, affinché compiano le opportune valutazioni.

Le violazioni delle norme in tema di conflitto di interessi possono dare luogo, oltre all'invalidità del procedimento e del suo provvedimento conclusivo, a responsabilità di carattere civile, penale, amministrativo, contabile e disciplinare, nonché a conseguenze/sanzioni di carattere pecuniario, in relazione alle fattispecie considerate.

Si ricorda la delibera n. 494 del 5/06/2019 dell'ANAC "*Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici*", ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs n. 50/2016 e s.m.i., che espressamente richiede alle stazioni appaltanti di individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti.

## **22.6 Misure ulteriori di prevenzione di natura trasversale**

La ASST considera quali misure ulteriori e trasversali di prevenzione, finalizzate sia alla prevenzione della corruzione, sia al buon andamento dell'attività dell'amministrazione, le seguenti:

- l'articolato sistema dei controlli interni costituito da:
  - Sistema Qualità: la ASST è certificata in alcuni ambiti secondo la norma ISO, applica e monitora un efficace sistema di procedure interne in diversi ambiti di attività;
  - Controllo di Gestione: la funzione è costituita ed è disciplinata, in particolare, dalle "Linee Guida sul Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia";
  - processi di controllo interno, Internal Auditing, anche a supporto degli organismi istituzionali di controllo esterno (quali il NVP);
    - l'insieme dei Regolamenti Aziendali, che disciplinano gli ambiti di attività dell'azienda;
    - l'informatizzazione diffusa dei processi aziendali, che consente per tutte le attività dell'Azienda la tracciabilità dello sviluppo del processo.

L'attività di prevenzione e contrasto alla corruzione nella ASST viene realizzata ulteriormente attraverso i controlli operati dal Collegio Sindacale quale organo aziendale nell'ambito della sfera di competenza.

**La mappatura delle aree di rischio e delle attività conseguenti è riportata nell'allegato 1 al presente PTPCT.**

## **23. PIANO DELLA TRASPARENZA**

La trasparenza costituisce una modalità efficace non soltanto nella prevenzione della corruzione ma anche quale strumento di dialogo con i cittadini e le imprese.



Il presente piano contiene le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente ed è volta, così come richiesto dalla normativa in materia, a garantire:

- 1) un adeguato livello di trasparenza;
- 2) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità ed è stato redatto tenendo conto delle rilevanti modifiche legislative intervenute recentemente ed, in particolare, del D. L.gs. 25 maggio 2016, n. 97, «*Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*».

In particolare, modifiche significative sono state apportate al D. L.gs. n. 33/2013, ridefinendo l'ambito soggettivo ed oggettivo di applicazione degli obblighi in materia di trasparenza ed introducendo una nuova forma di accesso civico ai dati, documenti ed informazioni, anche se non sono stati resi pubblici, detenuti dalle pubbliche amministrazioni e dai soggetti individuati nel D. L.gs. n. 97/2016, in analogia agli ordinamenti aventi il «*Freedom of information act*» (F.O.I.A.).

Successivamente l'ANAC ha pubblicato sulla materia le seguente linee:

- linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 e art. 5-bis, comma 6, del D. L.gs. n. 33 del 14/03/2013 recante «*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*»- Determinazione n. 1309 del 28/12/2016;
- prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. L.gs. n. 33/2013 come modificato dal D. L.gs. n.97/2016 - Delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016.

### 23.1 Obiettivi strategici in materia di trasparenza

Come da indicazioni ANAC, costituiscono contenuto necessario del PTPCT gli obiettivi strategici in materia della prevenzione della corruzione e quelli della trasparenza.

L'individuazione degli obiettivi strategici è rimessa alla valutazione della Direzione Strategica, che deve elaborarli tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione.

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che la ASST si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di Trasparenza quale misura di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2021 l'Azienda si impegna a:

- promuovere maggiori livelli di trasparenza rispetto al set minimo di informazioni e dati identificati dalla norma in materia, che saranno pubblicati nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale [www.asstpaolocarlo.it](http://www.asstpaolocarlo.it)
- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra Piano della trasparenza e Piano delle Performance, al fine di tradurre la misura della trasparenza in obiettivi strategici assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti.

Gli adempimenti degli obblighi previsti dal D.Lgs n.33/2013, novellato dal D. Lgs. n. 97/2016, sono esplicitati nella tabella allegata al presente Piano **Allegato 2 “Elenco degli obblighi di pubblicazione”**. Sarà cura del RPCT, a cui compete la definizione delle misure, definire i criteri e le iniziative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

Ciascun Responsabile di struttura garantisce la pubblicazione sul sito web istituzionale delle informazioni relative



agli obblighi di pubblicità e trasparenza di competenza, secondo criteri di accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, sempre nel rispetto della vigente normativa in materia di tutela della protezione dei dati personali e sensibili (D. L.gs. n. 196/2003 e s.m.i. “Codice in materia di protezione dei dati personali”).

In un’ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne della ASST, ai fini dell’effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza, si precisa che **i responsabili** della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni **sono indicati nella tabella Allegato 2 “Elenco degli obblighi di pubblicazione”**.

L’aggiornamento dei dati contenuti nella sezione “Amministrazione Trasparente” deve avvenire a cura del responsabile individuato ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti; la struttura responsabile della pubblicazione provvederà ad effettuare le modifiche richieste sul portale tempestivamente, eliminando altresì le informazioni superate.

La mancata collaborazione al RPCT da parte dei Dirigenti e Responsabili della pubblicazione dei dati sarà considerata ai fini delle sanzioni disciplinari previste dalle norme e per la valutazione negativa della performance.

Oltre alla trasparenza intesa come misura generale quale adeguamento agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.L.gs. n. 33/2013 e s.m.i. e dalla normativa vigente, un maggiore livello di trasparenza costituisce per la ASST obiettivo strategico, che si tradurrà in obiettivi organizzativi e individuali; come suggerito dall’ANAC rientra tra questi obiettivi la pubblicazione di “dati ulteriori” in relazione a specifiche aree a rischio, che verranno concordati tra il RPCT ed i responsabili di Struttura. L’ostensione di questi dati on line avverrà nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza e procedendo all’anonimizzazione di dati personali eventualmente presenti.

La mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni di cui sopra costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell’articolo 1, co. 1, del D.Lgs. n. 198/2009, ed è comunque valutata ai sensi dell’articolo 21 del D.Lgs n. 165/2001, ivi compresi i profili di responsabilità disciplinare.

### 23.2 Monitoraggio

Il NVP è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all’attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance.

L’attività di controllo sull’adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento del NVP, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento; resta immutato il compito del NVP concernente l’attestazione dell’assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal D. L.gs. n. 150/2009 e s.m.i..

Il PTPCT richiede un’attività di monitoraggio periodico, sia da parte del RPCT, sia da parte dei Responsabili di Struttura, che da parte del NVP.

Il RPCT controlla con continuità l’assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, dalle disposizioni dell’ANAC e dal presente Piano e riferisce agli organi di governo della ASST sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche almeno ogni sei mesi.

Il NVP svolge importanti compiti in materia di verifica sull’assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza attraverso un’attività costante di audit. I risultati dei controlli confluiscono nella relazione annuale che il NVP deve presentare ai vertici dell’Azienda.



L'audit svolto dal NVP è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dall'art. 11, co. 9 del D. L.gs. n. 150/2009 (*in caso di mancata realizzazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità o in caso di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui ai commi 5 ed 8 è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti preposti agli uffici coinvolti*).

L'attuazione della trasparenza richiede un'attività di monitoraggio costante e periodica per la verifica dell'assolvimento da parte della ASST degli obblighi imposti dalle norme in materia di trasparenza ed integrità (art. 43 del D. L.gs. n. 33/2013 e s.m.i.) da parte del RPCT. Lo stesso provvede ad effettuare periodiche verifiche (al massimo con cadenza trimestrale) presso le varie Strutture responsabili della pubblicazione dei dati mediante:

- richiesta formale/e-mail, effettuata con cadenza semestrale, ai Dirigenti delle singole strutture competenti circa lo stato dell'arte dell'intero percorso di pubblicazione di competenza, gli aggiornamenti effettuati, le problematiche riscontrate;
- richiesta formale/e-mail di eventuali e specifiche pubblicazioni, qualora mancanti o necessarie;
- richiesta formale/e-mail per eventuali istanze specifiche (comunicazione ANAC, Prefettura, accesso civico ed aggiornamenti normativi).

Le sanzioni per eventuali inadempienze di cui al presente piano sono disciplinate dagli artt. 46 e 47 del D. L.gs. n. 33/2013 e s.m.i.

Le ordinarie funzioni di controllo per le parti di specifica competenza rimangono a capo dei Dirigenti di Struttura, responsabili della pubblicazione dei dati di competenza di cui al D. L.gs.n. 33/2013 e s.m.i.

## 24. L'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO

A fronte della rimodulazione della trasparenza *on line* obbligatoria, l'art. 6 del D.L.gs. n. 97/2016, nel novellare l'art. 5 del D.L.gs. n. 33/2013, ha disciplinato anche un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento; la trasparenza viene intesa come accessibilità totale non più alle sole "informazioni" bensì ai "dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni"; in tal senso la riforma ha richiesto un profondo ripensamento delle modalità operative della ASST.

L'istituto dell'accesso civico generalizzato, che riprende i modelli del FOIA (*Freedom of information act*) di origine anglosassone, è una delle principali novità introdotte dal D. L.gs. n. 97/2016 che ha apportato numerose modifiche alla normativa sulla trasparenza contenuta nel D. L.gs. n. 33/2013; si differenzia in modo sostanziale dall'accesso civico, che è un rimedio offerto al pubblico contro l'inadempienza delle pubbliche amministrazioni agli obblighi di pubblicità imposti dalla legge.

La nuova tipologia di accesso, delineata nell'art. 5, co. 2 e ss. del D. L.gs. n. 33/2013, si aggiunge all'accesso civico già disciplinato dal medesimo decreto e all'accesso agli atti ex L. n. 241/1990 e s.m.i., ed è volto a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico; ciò in attuazione del principio di trasparenza che il novellato art. 1, co. 1 del decreto definisce anche, con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

La regola della generale accessibilità è temperata dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi pubblici e privati che potrebbero subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune informazioni. Il legislatore ha configurato due tipi di eccezioni. Le eccezioni assolute, e cioè le esclusioni all'accesso nei casi in cui una norma di



legge, sulla base di una valutazione preventiva e generale, dispone sicuramente la non ostensibilità di dati, documenti e informazioni per tutelare interessi prioritari e fondamentali, secondo quanto previsto all'art. 5-bis, co.3; i limiti o eccezioni relative, che si configurano laddove le amministrazioni dimostrino che la diffusione dei dati, documenti e informazioni richiesti possa determinare un probabile pregiudizio concreto ad alcuni interessi pubblici e privati di particolare rilievo giuridico individuati dal legislatore ed elencati all'art. 5-bis, co. 1 e 2 del D. L.gs.33/2013 e s.m.i..

L'accesso generalizzato è entrato in vigore nell'ordinamento italiano il 23/12/2016; e da tale data la ASST ha proceduto ad adeguarsi alle modifiche introdotte, assicurando l'effettivo esercizio del diritto accesso generalizzato.

La ASST, con deliberazione n. 1520 del 10.10.2018 ha adottato il Regolamento contenente le modalità sul nuovo diritto di accesso civico e accesso agli atti, sulla base del documento recentemente pubblicato dall'ANCI, che contiene istruzioni tecniche, linee guida, note e modulistica per gli enti locali e che tiene conto delle linee guida ANAC in materia di definizione e limiti all'accesso civico, nonché della Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2017; esso è pubblicato nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

## **25. LE SANZIONI**

L'ANAC con delibera n. 66/2013 ha disposto che ciascuna amministrazione provveda, in regime di autonomia, a disciplinare con proprio regolamento il procedimento sanzionatorio, ripartendo tra i propri uffici le competenze, in conformità con alcuni principi di base posti dalla legge n. 689/1981 "Modifiche al sistema penale".

Tra i più importanti, quelli sui criteri di applicazione delle sanzioni (art.11); quello del contraddittorio con l'interessato (art.14); quello della separazione funzionale tra l'ufficio che compie l'istruttoria e quello al quale compete la decisione sulla sanzione (art.17-18).

Questi ultimi agiranno sulla base dei principi contenuti nella legge n. 689/1981. Competente in materia di adozione del regolamento è la SC Affari Legali della ASST.

## **26. DISPOSIZIONI FINALI**

Il presente PTPCT viene approvato con deliberazione del Direttore Generale, è immediatamente eseguibile e viene pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente"

Sarà sottoposto, entro il 31 gennaio di ogni anno, a revisione ed alle modifiche che si dovessero rendere necessarie a seguito di eventuali variazioni dell'organizzazione aziendale.