Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Santi Paolo e Carlo

Via A. di Rudinì,n.8 – 20142 MILANO
Tel. 02.8184.1 – Fax 02.8910875

Deliberazione n. 0000102 del 29/01/2020 - Atti U.O. S.C. Gestione Op. Area Territoriale

Oggetto: APPROVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2020-2022 – ANNO 2020.

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 "Presa 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 che in assenza di formale BPE 2020 si è stabilito di prendere a parametro il Bilancio Preventivo Economico 2019 Versione V2 approvato con deliberazione Regionale n. XI/2334 del 28/10/2019 avente per oggetto: " Approvazione dei bilanci preventivi economici 2019 delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) e dell'Agenzia di Controllo – (di concerto con l'Assessore Gallera);
Richiamati:

Vista la deliberazione n. 349 del 1° marzo 2019 con la quale è stato nominato 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;

Dato atto che si è proceduto a pubblicare sul sito aziendale avviso agli stakeholders per il recepimento di eventuali indicazioni e suggerimenti che alla data del 24 gennaio 2020 non è pervenuta alcuna comunicazione in merito;

Ritenuto di provvedere a redigere il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anni 2020-2022 – Anno 2020 dell'ASST Santi Paolo e Carlo al fine di ottemperare alle indicazioni fornite da ANAC con Determinazione n.1064 del 13/11/2019;

Visto il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anno 2020-2022 – Anno 2020, allegato al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale (All.1);

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 approvare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anno 2020- 2022 – Anno 2020 dell'ASST Santi Paolo e Carlo, allegato al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale (All.1);

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/Prevenzione della Corruzione" del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anno 2020- 2022 – Anno 2020, di cui alla presente deliberazione;

4. di dare atto che il presente provvedimento è assunto su proposta di 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 Salvatore Gioia, Direttore Sanitario Nicola Vincenzo Orfeo, Direttore Socio Sanitario Giorgio Luciano Cattaneo, Direttore Generale Matteo Stocco ai sensi delle norme vigenti D.P.R. n.513 del 10/11/1997, D.C.P.M. del 08/02/1999, D.P.R. n. 445 del 08/12/2000, D.L.G. Del 23/01/2002

Pratica trattata da: Cristiana Mariga

Dirigente/Responsabile proponente: Francesco Giglio

Il presente atto si compone di n. 54 pagine, di cui n. 51 pagine di allegati che costituiscono parte integrante e sostanziale.

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

2020-2022

Anno 2020

Sommario

PREMESSA 3
1. FONTI NORMATIVE 4
- 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 5
Ulteriori documenti di riferimento 5
2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE 5
3. OGGETTO E FINALITA' DEL PTPC 6
4. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT) E I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 7
Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) 7
Altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, ruoli e responsabilità 9
5. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 13
6. METODOLOGIA E STRUMENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 13
7. TRATTAMENTO DEI RISCHI - MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 16
LE MISURE GENERALI 17
Formazione 17
Trasparenza 18
Tutela del whistleblower 18
Codice comportamentale ed etico 19
Rotazione del personale e segregazione delle funzioni 21
Gestione dei conflitti di interesse 23
Misure ulteriori di prevenzione di natura trasversale 25
LE MISURE SPECIFICHE 25
10. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE 46
11. PIANO DELLA TRASPARENZA 46
12. L'ISTITUTO DELL' ACCESSO CIVICO 50
14. LE SANZIONI 51
DISPOSIZIONI FINALI 51

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 2020 - 2022 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 inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, 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, pubblicita' 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

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 del'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;

2. 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 cod. pen., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la Pubblica Amministrazione disciplinati nel Titolo II, capo I, 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".

3. OGGETTO E FINALITA' DEL PTPC

Il PTPCT disciplina il complesso degli interventi organizzativi dell'Azienda 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 l'Azienda 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 modi previsti dall'ordinamento ad una decisione amministrativa.

In attuazione di quanto previsto dall'aggiornamento 2016 al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (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 predispone 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 Piano è relativo al triennio 2020-2021 a scorrimento, e, pertanto, le disposizioni in esso contenute aggiornano e sostituiscono quelle di cui al PTPC 2019-2021, approvato con deliberazione n. 34 del 31/01/2019.
Il presente PTPC rappresenta lo strumento attraverso il quale l'ASST Santi Paolo e Carlo 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*».

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

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 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. L.gs. 8 aprile 2013, n. 39 "*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'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 Santi Paolo e Carlo 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.

In attuazione dell'art. 33-ter del D.L. 18.10.2012, n. 179, convertito con legge n. 221/2012, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), con deliberazione n.1411 del 27.6.2019, l'ASST Santi Paolo e Carlo ha nominato Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) Paolo Pelliccia, Direttore f.f.della S.C. Provveditorato.
Ai sensi della normativa vigente in materia, e in particolare del DM 25 settembre 2015 Ministero dell'Interno, con apposita deliberazione si procederà alla nomina del gestore delle rilevazioni e delle segnalazioni delle operazioni sospette in materia di antiriciclaggio,

Altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, ruoli e responsabilità

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 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 dell'ASST Santi Paolo e Carlo sono:
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;
- 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 PTPC;
- 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 RPTC 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 PTPC;
- 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. L.gs. n. 198/2009;
- deve essere valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D. L.gs. 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 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 Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) dell'ASST Santi Paolo e Carlo:
- 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 Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;

- 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.).

5. 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.

6. 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 oppure direttamente al RPCT, mediante dichiarazione riservata e riportata a verbale, previo appuntamento con il RPCT.

7. 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.

5. 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 l'ASST Santi Paolo e Carlo si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2020 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 antiriciclaggio (art. 6 del DM Ministero dell'Interno 25 settembre 2015).

6. 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

1. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'ASST Santi Paolo e Carlo 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'area metropolitana 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..

2. 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 dell'Azienda, 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 l'Azienda, 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

Mappatura dei processi

I processi relativi ad attività a rischio di corruzione oggetto della mappatura per i quali, sarà effettuata un'analisi per l'anno 2020, coinvolgono le seguenti aree di rischio:

1. CONTRATTI PUBBLICI - Affidamento di lavori, servizi e forniture;
2. INCARICHI E NOMINE - Acquisizione e progressione del personale
3. AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO – Gestione del precontenzioso
4. GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO - Convenzioni attive aziendali a pagamento - Gestione dei pagamenti - Gestione recupero crediti e transazioni - Gestione beni mobili e immobili;
5. ESECUZIONE CONTRATTUALE - Gestione fase esecuzione contratto di realizzazione di beni e servizi - Gestione rifiuti;
6. ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO – Gestione del decesso in ambito ospedaliero P.O. San Carlo e P.O. San Paolo.
7. MEDICINA LEGALE - Invalidità civile;
8. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA;
9. FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE, SPERIMENTAZIONI E SPOSORIZZAZIONI, SERVIZIO DIPENDENZE E SERVIZIO UNIFICATO DI ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA.

7. 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.

LE MISURE GENERALI

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 2020 saranno proposti nel Piano Formativo Aziendale corsi di base sull'ETICA E LEGALITA' e CORSI DI APPROFONDIMENTO SPECIFICO (L. n. 190/2012 e norme attuative).

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.

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

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Formazione	RPCT	Diffondere la conoscenza dell'etica e della prevenzione della corruzione nelle aree a rischio e a tutti i dipendenti	Realizzazione dei corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Realizzazione del 100% dei corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Annuale	Resp. SC.. Formazione 31/12 di ciascun anno
Formazione	Tutti i Direttori/ Responsabili di Struttura Complessa/ Semplice delle aree a rischio individuate nel PTPCT	Diffondere la conoscenza dell'etica e della prevenzione della corruzione nelle aree a rischio e a tutti i dipendenti	Partecipazione ai corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno da parte del personale della Struttura	Partecipazione di almeno il 50% del personale afferente alla struttura ai corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Annuale	Resp. S.C. Formazione 31/12 di ciascun anno

Trasparenza

La trasparenza è una misura di estremo rilievo ed è fondamentale per la prevenzione della corruzione.
Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ambito dell'attività pubblica.
L'enunciazione degli obblighi di trasparenza, prevista dal D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. recante il "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", richiamando i principi contenuti nel D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009, detta le disposizioni che le Amministrazioni Pubbliche devono seguire in riferimento alla pubblicazione sul proprio sito istituzionale di dati e informazioni soggetti a tale obbligo.
Trasparenza e prevenzione della corruzione si intersecano a tal punto che l'ANAC ha voluto identificare in un solo soggetto il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e il Responsabile per la Trasparenza. Il presente Piano dedica un'apposita sezione alla trasparenza (Piano della trasparenza) all'interno della quale, oltre agli obblighi di pubblicazione ed alle relative tempistiche, sono indicati i soggetti a cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne all'Azienda, ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Vedi **Allegato 1 "Elenco degli obblighi di pubblicazione"** al PTPCT

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

L'ASST Santi Paolo e Carlo 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 etico e di comportamento, l'Azienda tutela il dipendente pubblico che segnala illeciti.
Sul portale del sito web aziendale www.asstsantipaolocarlo.it nella sezione "Amministrazione Trasparente" - Altri contenuti - Corruzione, è pubblicato il regolamento per la tutela dei dipendenti che segnalano illeciti, nonché le modalità per effettuare le segnalazioni.
Detto regolamento è in fase di revisione/aggiornamento, che si concluderà nel 2020.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di	Responsabili	Obiettivi	Azione	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi

prevenzione			**programmata**			
Whistleblowing	RPCT	Gestione delle segnalazioni	Relazione annuale inviata in Regione Lombardia	Invio della relazione nel rispetto dei tempi indicati da Regione Lombardia	Annuale	Internal Auditing 31/12 di ciascun anno

Codice comportamentale ed etico

Il Codice comportamentale ed etico è un documento che contiene, da un lato, la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell'Azienda nei confronti dei "portatori di interesse" (persona-cliente, dipendenti, fornitori) e, dall'altro, definisce l'etica di comportamento che deve essere tenuta dai propri dipendenti.
Come tale esso 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 ed etico, 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 implichino 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, l'ASST Santi Paolo e Carlo con deliberazione n. 2016 del 18.12.2018 ha adottato il nuovo Codice, in ottemperanza agli obblighi introdotti dalla Legge 190/2012 e sm.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*".

Il Codice in vigore è consultabile sul sito web aziendale www.asstsantipaolocarlo.it.

La diffusione capillare, l'interpretazione e la violazione del Codice etico e di comportamento a tutti i soggetti a cui è rivolto, 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 etico e di comportamento sono sanzionabili.

Il Codice comportamentale ed etico mira ad essere uno strumento utile ed indispensabile per prevenire i fenomeni di corruzione ed a tal fine costituisce un elemento essenziale del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.
Il giusto comportamento chiesto ai propri dipendenti ed ai collaboratori dell'Azienda, 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 sarà 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.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	**Responsabili**	**Obiettivi**	**Azione programmata**	**Indicatori**	**Tempistica**	**Monitoraggi**
Codice etico e di comportamento	UPD	Gestione delle violazioni del Codice	Relazione da presentare al RPCT 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	Produzione della relazione	annuale	RPCT 31/12 di ciascun anno
Codice etico e di comportamento	Direttore S.C. Risorse Umane	Diffusione conoscenza del Codice a tutto il personale neoassunto	Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del Codice	Inserimento nel 100% dei contratti individuali della clausola di presa visione	Al momento della stipula del contratto di lavoro	Internal Auditing Verifica semestrale di n. 5 contratti individuali di lavoro 30/06 e 31/12 di ciascun anno
Codice etico e di comportamento	Direttore S.C. Risorse Umane	Verifica della conoscenza del Codice e della normativa in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza all'atto della selezione del personale	Inserimento nei bandi di selezione del personale di conoscenza di nozioni in merito al Codice etico e di comportamento ed alla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Inserimento nel 100% dei bandi di selezione del personale di conoscenza di nozioni in merito al Codice etico e di comparto ed alla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	All'atto dell'emissione del bando	Internal Auditing Verifica annuale di n. 2 bandi per selezione del personale 31/12 di ciascun anno

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 per l'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria e per l'Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, sottoscritti in data 8.6.2000, 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. l *quater* e dell'art. 55 *te*r, 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. l *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, l'Azienda 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.

L'Azienda, in applicazione ai suddetti principi, compatibilmente con le disposizioni normative e contrattuali specifiche delle Azienda 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 della 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.

Per l'anno 2020, nella aree a rischio, si prevede che venga adottata, tramite idonea procedura, una corretta articolazione dei compiti e delle competenze, prevedendo meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Rotazione del personale e segregazione delle funzioni	Direttore S.C. Risorse Umane	Rispetto del principio di rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera quater, del D. L.gs. n. 165 del 2001	Disciplinare all'interno del Regolamento per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali – Area medica e veterinaria e SPTA l'istituto della rotazione straordinaria	Provvedimento di adozione del Regolamento	31/12/2020	RPCT 31/12/2020
Rotazione del personale e segregazione delle funzioni	Direttore S.C. Risorse Umane	Attuazione del principio di rotazione ordinaria degli incarichi/ segregazione delle funzioni	Articolazione dei compiti e delle competenze, prevedendo meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali nel rispetto dei Regolamenti	Predisposizione di una procedura che metta in evidenza compiti, responsabilità e controlli all'interno di ciascuna struttura	30/06/2020	RPCT 30/06/2020

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, l'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 etico e 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 l'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 etico e 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.
.
TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Gestione conflitti di interesse	Direttori e Responsabili delle strutture aziendali che raccolgono le dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse	Evitare che la condizione di conflitto di interessi si trasformi in un comportamento illecito	Acquisizione dichiarazione sostitutiva relativa all'assenza di situazioni di conflitto di interesse	Raccolta del 100% delle dichiarazioni e verifica a campione di almeno 1% delle dichiarazioni presentate	Al momento dell'assegnazione/autorizzazione dell'attività, con controllo semestrale delle verifiche e dichiarazioni raccolte	Internal Auditing Verifica semestrale di n. 3 dichiarazioni verificate su n. 2 strutture responsabili della raccolta 30/06 e 31/12 di ciascun anno

Misure ulteriori di prevenzione di natura trasversale

L'Azienda 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: l'Azienda 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 in Azienda viene realizzata ulteriormente attraverso i controlli operati dal Collegio Sindacale quale organo aziendale nell'ambito della sfera di competenza.

LE MISURE SPECIFICHE

Vengono di seguito evidenziate le misure specifiche relative alle singole aree di rischio suddivise per area di interesse e che si aggiungono a quelle generali trasversali riportate nei punti precedenti.

1. Area di rischio CONTRATTI PUBBLICI - Affidamento di lavori e forniture di beni e servizi

1. Ogni anno l'Azienda procede, contestualmente all'approvazione del bilancio preventivo, all'approvazione del programma annuale per l'acquisizione di beni e servizi e all'approvazione dell'elenco annuale dei lavori ricompresi nel programma triennale relativi all'esercizio successivo.

2. Al tal fine i responsabili delle SS.CC. Provveditorato, Tecnico-Patrimoniale, Ingegneria Clinica, Farmacia, e Servizio Informativo Aziendale presentano entro il 31 dicembre di ogni anno una relazione alla Direzione Generale contenente:
   a) un'analisi motivata delle effettive esigenze di beni e servizi da soddisfare nel nuovo esercizio attraverso una valutazione quantitativa e qualitativa svolta sulla base della propria esperienza pregressa e/o delle esperienze delle altre aziende del Sistema Sanitario Regionale e/o nazionale da cui possa derivare un miglioramento dell'economicità e/o dell'efficacia dell'azione amministrativa; una valutazione dei costi/benefici dell'affidamento dei servizi all'esterno, anche con riferimento al lungo periodo, in luogo della gestione diretta degli stessi con personale dipendente;
   b) l'individuazione dell'oggetto dei contratti, degli importi presunti, della relativa forma di finanziamento, del Responsabile Unico del Procedimento (RUP);
   c) una valutazione delle alternative contrattuali e procedurali possibili al fine di individuare la soluzione più efficiente ed efficace per il soddisfacimento dei bisogni; in tale valutazione rientra anche la scelta tra l'esperimento di un'autonoma procedura di gara o il ricorso a strumenti di centralizzazione (salvo i casi in cui quest'ultimi siano imposti per legge o provvedimenti regionali).

Sono di seguito riportate le misure specifiche:

1.1 Clausola di divieto di pantouflage

In ottemperanza di quanto previsto all'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., già a decorrere dall'anno 2016, si è disposto l'inserimento della seguente clausola negli schemi di contratti pubblici di acquisizione di beni e servizi e di affidamento di lavori:

"L'aggiudicatario, con la sottoscrizione del presente contratto, dichiara che, a decorrere dall'entrata in vigore del comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (28.11.2012), non ha affidato incarichi o lavori retribuiti, di natura autonoma o subordinata, a ex dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del medesimo decreto, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi avevano esercitato, nei confronti dell'aggiudicatario medesimo, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza, consapevole del divieto di conferire tali incarichi previsto dall'art.16-ter del D. L.gs. 265/2001.".

E' fatto divieto per il dipendente cessato dal servizio di svolgere attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dei poteri negoziali e autoritativi esercitati in favore degli stessi. Tale divieto è da intendersi esteso a tutti i soggetti assimilabili ai dipendenti pubblici, quindi a coloro che sono legati alla Pubblica Amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, determinato o autonomo (parere ANAC AG/2 del 4/02/2015).

I dipendenti con poteri autoritativi o negoziali sono soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della P.A., i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici o che comunque hanno il potere di incidere in modo determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (perizie, pareri, certificazioni) che vincolano in maniera significativa la decisione della P.A..

Pertanto il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia sottoscritto l'atto, ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

Le conseguenze della violazione del divieto di *pantouflage* attengono in primo luogo alla nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Divieto di pantouflage	Direttore S.C. Provveditorato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Inserimento negli schemi contrattuali con i fornitori della clausola di divieto di pantouflage	Inserimento della clausola nel 100% degli schemi contrattuali	All'atto della stesura dello schema contrattuale	Internal Auditing Verifica semestrale di n. 3 schemi contrattuali 30/06 e 31/12 di ciascun anno

1.2 Patti di integrità

Il Patto di integrità rappresenta una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive nel delicato settore dei contratti pubblici e si applica alle procedure di affidamento.

Regione Lombardia, con DGR n. 1299 del 30 gennaio 2014, ha approvato il Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali, in sostituzione del Codice etico degli appalti adottato con la D.G.R. n. 1644 del 4 maggio 2011 (pubblicato sul BURL n. 6 del 03/02/2014 - serie ordinaria).

In particolare, l'art. 1, comma 3 del Patto d'integrità approvato con D.G.R. 1299/2014 dispone che "*detto strumento costituisce parte integrante dei contratti stipulati da Regione Lombardia e dagli enti e società del Sistema Regionale*, *mentre l'espressa accettazione dello stesso costituisce condizione di ammissione alle procedure di gara e alle procedure negoziate di importo non inferiore a € 40.000,00, nonché per l'iscrizione all'Albo-Elenco Fornitori."*

Tale condizione deve essere specificamente prevista e mantenuta nei bandi di gara e nelle lettere di invito.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Patto di integrità	Direttore S.C. Provveditorato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale	Evitare eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive	Inserimento nelle lettere di invito/schema contrattuale del Patto di integrità	Inserimento del Patto di integrità nel 100% delle lettere di invito/schema contrattuale	All'atto della stesura della lettera di invito/ schema contrattuale	Internal Auditing Verifica semestrale di n. 3 lettere di invito/schemi contrattuali 30/06 e 31/12 di ciascun anno
Patto di integrità	Direttore S.C. Provveditorato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale	Evitare eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive	Inserimento nel Patto di integrità di sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente si di aggiudicatario, in caso di violazioni degli impegni sottoscritti	Inserimento nel 100% dei Patti di integrità delle sanzioni a carico dell'operatore in caso di violazione	All'atto della stesura della lettera di invito/ schema contrattuale	Internal Auditing Verifica semestrale di n. 3 lettere di invito/schemi contrattuali 30/06 e 31/12 di ciascun anno

1.3 Programmazione dei fabbisogni

La programmazione dei fabbisogni permette di minimizzare il ricorso a procedure di acquisto in economia riducendo i costi di approvvigionamento e rendendo più efficiente il processo di approvvigionamento interno all'Azienda.

L'art.1, comma 505 della Legge di Stabilità 2016 (L. 28 dicembre 2015, n.208) aveva già previsto l'obbligo di approvazione da parte delle Pubbliche Amministrazioni, entro il mese di ottobre di ciascun anno, di un **programma biennale degli acquisti di beni e servizi di importo unitario superiore al milione di Euro.**

Il programma biennale, predisposto sulla base dei fabbisogni di beni e servizi, deve indicare **l'oggetto delle prestazioni, la quantità, ove disponibile il numero di riferimento della nomenclatura, le relative tempistiche.** Il programma biennale e gli aggiornamenti sono comunicati alla S.S. Controllo di Gestione, e pubblicati sul profilo del committente e sul sito informatico dell'Osservatorio dei contratti pubblici presso l'ANAC, nonché nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale.
L'art. 21 del D. Lgs n. 50/2016 e s.m.i. (nuovo Codice dei contratti pubblici) rafforza il concetto di programmazione dei fabbisogni, specificando che "*Le amministrazioni aggiudicatrici adottano il programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio*" …"*Il* ***programma triennale dei lavori pubblici*** *e i relativi aggiornamenti annuali contengono i lavori il cui valore stimato sia pari o superiore a 100.000 euro e indicano" … "i lavori da avviare nella prima annualità, per i quali deve essere riportata l'indicazione dei mezzi finanziari stanziati sullo stato di previsione o sul proprio bilanci…."*
"*Il* ***programma biennale di forniture e servizi*** *e i relativi aggiornamenti annuali contengono gli acquisti di beni e di servizi di importo unitario stimato pari o superiore a 40.000 euro"*
"Il programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali sono pubblicati sul profilo dell'azienda, sul sito informatico del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e dell'Osservatorio…"

L'obbligo di approvazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi, così come definito all'articolo 21 del D.Lgs n. 50/2016 e s.m.i., si applica a decorrere dal bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2018, ai sensi dell'art. 1, comma 424 della Legge 11/12/2016, n. 232**.**

A ciò si aggiunge l'entrata in vigore del D. L.gs. 18 aprile 2016, n. 50 "Codice dei contratti pubblici", recentemente modificato dal c.d. "correttivo" D. L.gs. 19 aprile 2017, n. 56, che ha innovato la gestione delle procedure di gara e la fase dell'esecuzione, modificando significativamente le modalità operative in materia di appalti pubblici e concessioni.

Ne è derivata la necessità di agire negli ambiti nei quali la normativa lascia spazio alla semplificazione dell'azione amministrativa, cosicché, da un lato, non si aggravi il procedimento e, dall'altro, pur nel pieno rispetto delle disposizioni vigenti, si possa garantire agli operatori quella flessibilità che consente di realizzare i criteri di efficacia, efficienza ed economicità, mediante il Regolamento per le procedure d'acquisto di beni, servizi e per l'esecuzione di lavori sotto le soglie comunitarie, adottato con deliberazione n. 1838 del 31.10.2017.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Programmazione dei fabbisogni	Direttore S.C. Provveditorato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Approvazione del Programma biennale di forniture e servizi e programma triennale dei lavori	Pubblicazione sul sito web aziendale dei due programmi	31/10 di ciascun anno	RPCT 31/12 di ciascun anno

Programmazione dei fabbisogni	Direttore S.C. Provveditorato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Relazione riportante un'analisi motivata delle effettive procedure di acquisto attivate, con indicazione dell'eventuale scostamento rispetto al fabbisogno riportato nella programmazione	Presentazione della relazione	semestrale	RPCT 30/6 e 31/12 di ciascun anno
Programmazione dei fabbisogni	Direttore S.C. Provveditorato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Report riportante il n. delle proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)	Presentazione del report	semestrale	RPCT 30/6 e 31/12 di ciascun anno
Programmazione dei fabbisogni	Direttore S.C. Provveditorato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Rispetto del "Regolamento per le procedure d'acquisto di beni, servizi e per l'esecuzione di lavori sotto le soglie comunitarie"	1) Rispetto del Regolamento per il 100% delle procedure di affidamento 2) Report sugli acquisti in affidamento diretto, riportante: fornitore, tipologia di fornitura, quantità e valore rispetto al totale degli acquisti	1) In fase di avvio delle procedure di affidamento 2) annuale	1) Internal Auditing Verifica al 31/12 di ciascun anno del rispetto del regolamento su n. 1 procedura per l'affidamento di beni e/o servizi e n. 1 procedura per l'affidamento di lavori 2) RPCT 31/12 di ciascun anno

1.4 PROCEDURA PER LA DEFINIZIONE DELL'ITER DA SEGUIRE PER L'ACQUISTO DI FORNITURE DI BENI ESCLUSIVI O INFUNGIBILI

Tra le misure specifiche per la gestione dei processi di acquisto in ambito sanitario di rilevante importanza rivestono le misure per affrontare, in modo sistemico e strategico, le situazioni, anche potenziali, di conflitti di interesse, considerato che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso coloro che utilizzano i beni acquistati. L'argomento riveste una particolare rilevanza alla luce anche del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., che, all'art. 42, reca una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione dei conflitti di interesse che possono essere percepiti come minaccia all'imparzialità e all'indipendenza del personale della stazione appaltante.
In particolare, per le richieste di acquisto di beni esclusi o infungibili, occorre prestare ancor maggior attenzione a potenziali e/o effettivi conflitti di interesse che possono riguardare il sanitario che dichiari la necessità di acquisto di un bene di tal natura.

Con DGR n. XI/491 del 2/08/2018, Regione Lombardia, nell'Allegato C alla medesima DGR, ha definito Linee Guida che si propongono di fornire indicazioni circa le modalità da seguire nei casi in cui le stazioni appaltanti, al ricorrere dei presupposti individuati dal legislatore nel Codice dei Contratti Pubblici, all'art. 63, decidano di attivare procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando, finalizzate all'acquisizione di beni e servizi infungibili e in regime di esclusività tecnica.

Si precisa che infungibilità ed esclusività non sono sinonimi:
L'Infungibilità attiene ad aspetti funzionali e di risultato, in quanto il bene/servizio non può essere sostituito da altro bene/servizio in grado di soddisfare il medesimo bisogno.
L'Esclusività attiene ad aspetti giuridici e commerciali (vale a dire vi è la sussistenza di protezione del bene discendente da brevetto o privativa industriale), ma indipendentemente da ciò puo essere sostituito da altro bene che soddisfi il medesimo bisogno.

Fermo restando che la valutazione in ordine all'infungibilità di un bene/servizio rientra nella piena responsabilità della stazione appaltante, vengono di seguito indicati alcuni criteri logico/giuridici che potranno essere tenuti in considerazione nell'ambito dell'analisi, che dovranno essere di volta in volta documentate, ai fini della dichiarazione di infungibilità:

FARMACI: risultano/non risultano essere disponibili, nel contesto della farmacopea ufficiale e dei processi registrativi effettuati presso l'EMA, farmaci alternativi equivalenti dal punto di vista clinico-terapeutico ovvero con effetto terapeutico comparabile, fatte salve le variabilità individuali dei pazienti e le esigenze di garanzia della continuità terapeutica;

DISPOSITIVI MEDICI: risultano / non risultano essere disponibili, nel Repertorio Nazionale/nella Banca Dati Nazionale, prodotti con caratteristiche che garantiscano soluzioni equivalenti in termini di prestazioni o requisiti funzionali, fatte salve le variabilità individuali dei pazienti e le esigenze di garanzia della continuità terapeutica;

BENI DUREVOLI: a qualunque titolo acquisiti (es. apparecchiature sanitarie, relativi componenti e accessori, strumentazione IVD, attrezzature tecnico-economali):
- Insussistenza/sussistenza di ragioni di natura tecnica correlate a specifiche indicazioni di natura e di destinazione d'uso diagnostico terapeutica e di risultato;
- Insussistenza/sussistenza di ragioni di rinnovo parziale o ampliamento di forniture esistenti nel caso in cui l'impiego di altre apparecchiature di natura similare comporti incompatibilità o difficoltà/rischi tecnici in misura sproporzionata;

MATERIALE DI CONSUMO (collegato all'utilizzo di beni durevoli): possibilità/impossibilità di ricorso all'utilizzo di materiali pienamente compatibili (così come definito nelle direttive europee di regolamentazione dei dispositivi medici) con le apparecchiature in dotazione, o comunque valutazione in merito alla insussistenza/alla sussistenza di rischi, nell'ipotesi di utilizzo di altri prodotti presenti sul mercato, in termini di:
a) sicurezza degli operatori e degli utenti;
b) qualità del risultato dal punto di vista diagnostico-terapeutico;
c) aggravamento degli oneri economici discendenti dai servizi di manutenzione ordinaria e straordinaria.

SERVIZI DI MANUTENZIONE ATTREZZATURE SANITARIE: valutazione in merito alla insussistenza/sussistenza di rischi, nell'ipotesi di affidamento di tali servizi a operatori diversi dal produttore delle apparecchiature, o ad altri soggetti da quest'ultimo autorizzati o a soggetti nella indisponibilità degli strumenti necessari alla manutenzione (manuali, strumenti dedicati, firmware, aggiornamento sw, ecc.) in termini di:
a) rischio per la sicurezza degli operatori e degli utenti;
b) qualità del risultato dal punto di vista diagnostico-terapeutico;

c) assenza di garanzia/insufficiente garanzia in ordine alla piena funzionalità dell'apparecchiatura, con possibile conseguente aggravamento dei costi connessi alla anticipata sostituzione della stessa.

SERVIZI DI MANUTENZIONE E ASSISTENZA AI SOFTWARE: valutazione in merito alla insussistenza/sussistenza di rischi, nell'ipotesi di affidamento di tali servizi a operatori diversi dallo sviluppatore del software o ad altri soggetti da quest'ultimo autorizzati, e conseguentemente non in possesso del codice sorgente del software, in termini di:

a) funzionalità della procedura;
b) garanzia di adeguamento o implementazione della stessa in relazione a sopravvenute disposizioni normative o esigenze organizzative;
c) incompatibilità totale/parziale con le dotazioni hardware e conseguente aggravio di costi di investimento.

Qualora il software si configuri come dispositivo medico, o sia comunque collegato a procedure di natura diagnostico terapeutica, sarà necessario valutare eventuali rischi connessi alla sicurezza degli operatori e degli utenti e alla qualità del risultato dal punto di vista diagnostico-terapeutico.

ACQUISIZIONE SOFTWARE: valutazione attenta del rischio di aumento sproporzionato dei costi economici ed organizzativi correlato alla sostituzione delle procedure gestite con il software in questione.
Qualora il software si configuri come dispositivo medico, o sia comunque collegato a procedure di natura diagnostico terapeutica, sarà necessario valutare eventuali rischi connessi alla sicurezza degli operatori e degli utenti e alla qualità del risultato dal punto di vista diagnostico-terapeutico.

In considerazione della DGR n. XI/491 del 2/08/2018, Allegato C, verrà adottata una "Procedura per la definizione dell'iter da seguire per l'acquisto di forniture di beni esclusivi o infungibili" ed i Direttori delle SS.CC. Provveditorato, Tecnico-Patrimoniale, Farmacia e SIA, e della S.S. Ingegneria Clinica avranno l'obbligo di trasmettere alla Direzione Strategica **una rendicontazione periodica semestrale sugli acquisti di beni e servizi infungibili**, specificando le tipologie di prodotti/servizi ed il valore di acquisto. Tale report dovrà essere trasmesso in copia anche al RPCT.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la definizione dell'iter da seguire per l'acquisto di forniture di beni esclusivi o infungibili.	Direttore S.C. Provveditorato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.S. Ingegneria Clinica Direttore S.C. Farmacia Direttore S.C. SIA	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse	Applicazione della DGR XI/491 nel caso di richiesta di acquisto di beni esclusivi o infungibili	Rendicontazione sugli acquisti di beni e servizi infungibili, con indicazione delle tipologie di prodotti/servizi ed il valore di acquisto, da inviare con cadenza semestrale alla Direzione Strategica e a RPCT	trimestrale	RPCT entro 15/04 -15/07 - 15/10 e 15/01 di ciascun anno

1.5 Alternanza nel ruolo di responsabile unico del procedimento

Al fine di evitare situazioni di contiguità con le imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) ed assicurare la terzietà ed indipendenza del Responsabile Unico del Procedimento (RUP) deve essere attentamente valutata la possibilità di una rotazione degli incarichi di responsabile unico del procedimento, che la normativa di settore configura come non appannaggio esclusivo dei Dirigenti di Struttura Complessa, e che pertanto può essere affidato anche a personale del Comparto, purché in possesso dei necessari requisiti di idoneità professionale in relazione all'appalto da affidare.

I Responsabili delle aree a rischio – Contratti Pubblici – dovranno predisporre una relazione annuale sulle modalità di assegnazione del ruolo di RUP, con evidenza del numero delle procedure assegnate a ciascun dirigente, da far pervenire entro il 31 dicembre di ciascun anno al RPCT.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Alternanza ruolo del RUP	Direttore S.C. Provveditorato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.S. Ingegneria Clinica	Assicurare la terzietà ed indipendenza del RUP	Relazione sulle modalità di designazione del RUP, con evidenza del numero delle procedure assegnate a ciascun dirigente	Presentazione della relazione	annuale	RPCT 31/12 di ciascun anno

1.6 Scelta dei componenti delle commissioni giudicatrici

Tra le misure specifiche per la gestione dei processi di acquisto in ambito sanitario di rilevante importanza riveste la scelta dei componenti delle commissioni giudicatrici, che si occupano di valutare, dal punto di vista tecnico ed economico, le offerte pervenute nell'ambito di una procedura di gara.

L'ANAC, con delibera n. 1190 del 16/11/2016, ha emanato le Linee Guida n. 5 recanti "Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici", così come previsto dall'art. 78 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., ed ha definito i criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici.

Esse devono essere composte da esperti nello specifico settore cui afferisce l'oggetto del contratto, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 77, co. 3 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., che nello specifico dispone che:

- i commissari siano scelti tra gli esperti iscritti ad apposito Albo dei componenti delle commissioni giudicatrici, istituito presso l'ANAC, da individuarsi mediante pubblico sorteggio tra una lista di candidati comunicata dall'ANAC;
- nel caso di affidamento di contratti di importo inferiore alla soglia di cui all'art. 35 del medesimo D. Lgs. n. 50/2016 e s m.i. o per quelli che non presentino particolari complessità, è fatta salva la facoltà della stazione appaltante di nominare componenti interni, nel rispetto del principio di rotazione.

L'Autorità ha tuttavia differito più volte il termine di avvio del sistema dell'Albo dei commissari di gara e pertanto resta in capo alla stazione appaltante la scelta dei componenti la commissione giudicatrice.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Scelta dei componenti delle commissioni giudicatrici	Direttore S.C. Provveditorato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.S. Ingegneria Clinica	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi nella fase di selezione del contraente	Nomina di componenti esperti ed esclusione degli stessi dal ruolo di DEC delle relative procedure di affidamento.	Numero dei ricorsi presentati dalle ditte concorrenti a seguito di esclusione o errate valutazioni tecniche/economiche in esito alla quale l'Azienda sia risultata soccombente ovvero abbiano reso necessario un provvedimento in autotutela (report semestrale)	Al momento della nomina delle commissioni di gara	RPCT 30/06 e 30/12 di ciascun anno

2. Area di rischio INCARICHI E NOMINE - Acquisizione e progressione del personale

L'ambito di attività relativo al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel SSN, tra le aree a rischio di corruzione. Il rischio connesso alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza e/o dei criteri di imparzialità e/o all'uso distorto della discrezionalità assume un rilievo anche per gli aspetti inerenti la qualità delle cure. Una delle principali componenti della qualità risiede proprio nella capacità, competenza ed esperienza dei professionisti in rapporto alla tipologia di servizio, alle caratteristiche del contesto organizzativo e, soprattutto, al livello di responsabilità che l'incarico comporta.
Al fine di garantire la tutela ed il perseguimento dell'interesse pubblico, occorre attivare processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l'integrità del professionista aspirante all'incarico.

2.1 Regolamento aziendale per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area sanitaria e PTA

Al fine di garantire che le procedure di conferimento degli incarichi dirigenziali e la loro eventuale revoca, sempre nel rispetto dei CC.CC.NN.L. delle rispettive categorie e della normativa nazionale in materia, non comportino delle distorsioni dovute ad eccessiva discrezionalità nelle scelte, così come già suggerito dall'ANAC nella Determinazione n. 12/2015 di aggiornamento del PNA, l'ASST

Santi Paolo e Carlo prevede per l'anno 2020 l'adozione di un "*Regolamento aziendale per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area medica e veterinaria e SPTA".*

Il suddetto regolamento definisce le procedure per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali al personale delle due aree della dirigenza Medica e Veterinaria e dei ruoli Sanitario, Professionale, Tecnico ed Amministrativo, con la finalità di garantire la massima trasparenza nella definizione dei criteri e dei principi che determinano la graduazione degli incarichi dirigenziali e la relativa retribuzione di posizione.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Regolamento per il conferimento e revoca di incarichi dirigenziali	Direttore S.C. Risorse Umane	Garantire la massima trasparenza nella definizione dei criteri e dei principi che determinano la graduatoria degli incarichi dirigenziali e la relativa retribuzione di posizione	Adozione e applicazione del Regolamento per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area saniraria e PTA	1) Provvedimento di adozione del Regolamento 2) Report annuale sugli incarichi attribuiti e/o revocati annualmente	1) 30/6/2020 2) 31/12 di ciascun anno	RPCT 30/6/2020 e 31/12 di ciascun anno

2.2 Verifica sulle dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.
La delibera ANAC n. 149/2014, ha limitato, per le Aziende sanitarie ai soli direttori aziendali, Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario, (in Regione Lombardia anche al Direttore Sociosanitario) l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ex D. Lgs. n. 39/2013, precisando che: "*Le ipotesi di incoriferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt.5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39*".
Alla luce di quanto sopra, la S.C. Affari Generali provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 limitatamente agli incarichi conferiti dall'Azienda al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e al Direttore Sociosanitario, atteso che l'incarico di Direttore Generale viene conferito dall'Amministrazione Regionale, acquisendo annualmente, ai sensi dell'art. 20, c.2 del D.Lgs. n. 39/2013, apposita dichiarazione. Le dichiarazioni saranno pubblicate sul sito web dell'ASST Santi Paolo e Carlo nella sezione Amministrazione Trasparente.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Verifica sulle dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità	Direttore S.C. Affari Generali	Garanzia del rispetto delle autodichiarazioni presentate	Raccolta e verifica sulle dichiarazioni presentate dai Direttori	Numero delle dichiarazioni raccolte e verificate = 100%	Annuale	Internal Auditing 31/03 di ciascun anno

2.3 Controlli sulle autorizzazione per lo svolgimento di incarichi extra istituzionali ex art. 53 del D.Lgs n. 165/2001 e adeguamento del relativo Regolamento

L'ASST, nel rispetto delle indicazioni regionali in materia,procederà ad adottare il Regolamento concernente le modalità di autorizzazione gli incarichi *ex officio* da parte del personale, ex art. 53 del D.Lgs n. 165/2001.
Nel corso dell'anno 2020 saranno attivate iniziative di formazione/informazione sviluppate sia nell'ambito dei Piani formativi, sia mediante la diffusione capillare del suddetto regolamento. La S.C. Gestione Risorse Umane effettuerà annualmente un numero di controlli a campione, pari al 5% sulle autorizzazioni concesse nel corso dell'anno di riferimento, con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività autorizzata al di fuori dell'orario di servizio.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Controlli sulle autorizzazioni degli incarichi extra-istituzionali	Direttore S.C. Risorse Umane	Garanzia del rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività extra-istituzionale autorizzata	Raccolta e verifica a campione pari al 5% sulle autorizzazioni concesse nel corso dell'anno di riferimento, con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività autorizzata al di fuori dell'orario di servizio	Numero delle non conformità sulle autorizzazioni/numero tot. Delle autorizzazioni verificate < 10%	annuale	Internal Auditing 31/12 di ciascun anno
Controlli sulle autorizzazioni degli incarichi extra-istituzionali	Direttore S.C. Risorse Umane	Garanzia del rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività extra-istituzionale autorizzata	Rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extraistituzionali (> 5/anno) per singolo dipendente	Report annuale delle richieste di incarico extra istituzionale	annuale	RPCT 31/12 di ciascun anno

2.4 Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del divieto di pantouflage, dichiarazioni e controllo sui cessati

In ottemperanza di quanto previsto all'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. n. 165/2001, che dispone l'inserimento della clausola di *pantouflage*, negli schemi di contratti pubblici di acquisizione di beni e servizi e di affidamento di lavori, in base alla quale "*L'aggiudicatario dichiara che, a decorrere dall'entrata in vigore del comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (28.11.2012), non ha affidato incarichi o lavori retribuiti, di natura autonoma o subordinata, a ex dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art.1, comma 2, del medesimo decreto, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi avevano esercitato, nei confronti dell'aggiudicatario medesimo, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza, consapevole del divieto di conferire tali incarichi previsto dall'art.16-ter del D.LGS. 265/2001"*,
Il RPCT, che venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, deve segnalare la violazione ai vertici dell'amministrazione ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Controllo sui soggetti cessati, aventi poteri autoritativi circa il rispetto del divieto di pantouflage	DEC Direttore S.C. Risorse Umane	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Verifica su n. 2 soggetti aventi poteri autoritativi mediante richiesta agli aggiudicatari di riferimento del rispetto del divieto di pantouflage	Numero dei soggetti verificati che rispettano il divieto/numero dei soggetti controllati=100%	annuale	Internal Auditing 31/12 di ciascun anno

3. Area di rischio AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

La Determinazione n. 12 del 28/10/2015, assunta dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e riguardante l'aggiornamento 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione, ha fornito alcune ulteriori indicazioni in merito alla individuazione delle aree con alto livello di probabilità di eventi rischiosi integrandone l'elencazione con quelle, in particolare, relative allo svolgimento delle attività di gestione del contenzioso.

La legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", ha regolamentato la normativa in materia di responsabilità sanitaria, introducendo nuovi adempimenti in capo alle Strutture Sanitarie - quali, tra gli altri, l'obbligo di informazione all'esercente la professione sanitaria coinvolto nell'evento che ha determinato la richiesta risarcitoria, del giudizio basato sulla sua responsabilità, nonché dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.

Con deliberazione n. 296 del 16 marzo 2016 è stata definita la composizione del Comitato Valutazione Sinistri aziendale.

3.1 Pubblicazione dati inerenti il risarcimento a pazienti danneggiati

La legge 8 marzo 2017, n. 24 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*", art. 4 "Trasparenza dei dati", dispone che "*le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili,mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio,prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dagli articoli 2 e 16 della presente legge*".

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Pubblicazione dati ulteriori in Amministrazione Trasparente	Direttore S.C. Affari Legali	Garantire la trasparenza delle procedure di risarcimento danni ai pazienti danneggiati	Rispetto dell'obbligo della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli-Bianco) relativo alla pubblicazione dei dati inerenti il risarcimento a pazienti danneggiati	Pubblicazione annuale del dato ulteriore	annuale	RPCT 31/12 di ciascun anno

4 Area di rischio GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

4.1 Gestione dei pagamenti

Le attività connesse ai pagamenti presentano i seguenti rischi concreti di corruzione:
- ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti;
- liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione e senza acquisire le note di credito richieste;
- effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere;
- permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'Azienda.

In questa area è necessario prevedere:
- la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari, che agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati con la pubblicazione sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" dei dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari, così come previsto dall'art. 4-bis, co. 2, D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e dei dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari, ai sensi dell'art. 41, co. 1-bis, D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.;
- la giusta suddivisione e separazione delle fasi del ciclo passivo, da porre in capo a soggetti diversi.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Gestione dei pagamenti	Direttore S.C. Economico Finanziaria	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari	Tracciabilità dei pagamenti	Report trimestrale riportante le fatture ricevute con indicazione dei tempi di pagamento	trimestrale	RPCT 15/04 15/07 15/10 e 15/01 di ciascun anno

4.3 *Gestione dei crediti e transazioni con i debitori*

Il processo di gestione del recupero crediti e del riconoscimento di eventuali transazioni al debitore è interessato da un significativo rischio di corruzione.
il Responsabile della S.C. Economico-Finanziaria invierà al RPCT, entro il 1 marzo di ciascun anno, e relativamente all'anno precedente, un report predisposto in collaborazione con il Dirigente della S.C. CUP e Accettazione Amministrativa ed il Direttore della S.C. Affari Legali contenente:

- il numero dei crediti aziendali, scaduti al 31 dicembre di ciascun anno;
- il numero delle procedure di recupero crediti avviate, con indicazione di quelle concluse;
- il numero delle transazioni a favore dei debitori effettuate a livello aziendale.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Gestione dei crediti e delle transazioni con i debitori	Direttore S.C. Economico Finanziaria In collaborazione con il Direttore S.C CUP e Accettazione Amministrava e il Direttore della S.C. Affari Legali	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei crediti aziendali	Predisposizione del report	Invio del report a RPCT	annuale	RPCT 1/03 di ciascun anno

4.4 Procedura per la definizione di costi e tariffe per convenzioni sanitarie

I proventi derivanti dall'attività di convenzione per l'erogazione di prestazioni sanitarie a favore di strutture sanitarie private non accreditate o pubbliche del SSN possono assumere una consistenza rilevante.

Per far fronte ad eventuali rischi di *maladministration* nella gestione dei proventi derivanti dall'attività in convenzione, nel corso dell'anno 2020, dovrà essere implementata a cura del

Responsabile della S.C. che gestisce le suddette convenzioni, una procedura condivisa con la S.C. Controllo di Gestione che tenga conto di tutti i costi diretti e indiretti sostenuti per l'attività sanitaria, nonché dei costi generali di gestione della predetta attività, al fine della definizione di tariffe remunerative di minima.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la definizione di tariffe e costi per le convenzioni attive sanitarie	Direttore S.C. DMP Attività Libero-professionale	Far fronte ad eventuali rischi di *maladministration* nella gestione dei proventi derivanti dall'attività	Condivisione della procedura	Adozione della procedura con definizione del relativo tariffario di minima	30/06/2020	RPCT 30/06/2020

5 Area di rischio ESECUZIONE CONTRATTUALE

L'esecuzione contrattuale è una fase molto delicata che segue la stipula del contratto di appalto.
I principali rischi corruttivi si possono indicativamente elencare come segue:

a) approvazione delle modifiche del contratto originario;
b) autorizzazione al subappalto;
c) ammissione di varianti contrattuali;
d) verifiche in corso di esecuzione;
e) verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI);
f) apposizione di riserve;
g) mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore.

Tra le misure da adottare sono state individuate le seguenti:

5.1 Controllo sull'esecuzione del contratto

Spetta al RUP la verifica della legittimità delle varianti ai contratti e il rispetto dell'obbligo di trasmissione delle varianti all'ANAC.
Egli, inoltre, ha l'obbligo di comunicare tempestivamente al RPCT l'applicazione di eventuali penali per ritardo sui tempi di esecuzione previsti dal contratto, eventuali situazioni di criticità in materia di autorizzazione al subappalto, eventuali situazioni di conflitto con gli affidatari di lavori, servizi e forniture.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Controlli sull'esecuzione contrattuale	RUP	Garantire il rispetto della normativa in materia	Predisposizione di un report riportante il numero delle varianti contrattuali rispetto agli affidamenti in essere e il numero dei subappalti rispetto ai contratti di lavori in essere	Report riportante: Numero varianti contrattuali/numero affidamenti Numero dei subappalti/numero contratti di lavori	semestrale	RPCT 30/06 e 31/12 di ciascun anno

5.2 Procedura per la rendicontazione del contratto

La fase di rendicontazione del contratto da parte del DEC (direttore esecuzione del contratto), attraverso la quale l'Azienda verifica la conformità o la regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori, può essere oggetto di fenomeni corruttivi. Al fine di prevenire tale rischio è stata predisposta una procedura nel corso dell'anno 2019, cui sarà data esecuzione a partire dal 2020.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la rendicontazione del contratto	DEC	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto dandone atto in apposito report.	Numero delle relazioni stese nel rispetto della procedura/numero relazioni presentate al RUP = 100%	semestrale	Internal Auditing 30/06 e 31/12 di ciascun anno

5.3 Procedura per la gestione dei rifiuti pericolosi sanitari

La mancata verifica della corretta applicazione del Capitolato per la gestione dei rifiuti pericolosi sanitari, sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi del contenuto delle prestazioni, così come la mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità del servizio, possono comportare non solo un danno economico per l'Azienda, ma anche un danno ambientale significativo.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la gestione dei rifiuti sanitari pericolosi	DMP Presidio San Carlo e DMP Presidio San Paolo	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Applicazione procedura in essere	Attuazione misure previste dalla procedura	semestrale	RPCT 30/06 e 31/12 di ciascun anno

6 Area di rischio ATTIVITÀ' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

In Italia la maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero o nelle strutture sanitarie (RSA, Hospice, Cure Intermedie, etc.) e la gestione delle camere mortuarie costituisce un'attività particolarmente delicata.
Sul sistema di gestione di tale servizio non esistono attualmente specifiche linee guida. Ciò induce a prendere in esame il tema in sede di elaborazione del presente PTPC, tenuto conto delle forti implicazioni di natura morale, etica ed economica, connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito e che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari.

6.1 Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero

L'ASST Santi Paolo e Carlo ha adottato una specifica procedura..

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero	Direttori di Direzione Medica Presidio San Carlo Presidio San Paolo	Prevenire il rischio di conflitto di interessi, favoritismi e abusi	Monitoraggio sull'attività degli operatori addetti	Report annuale circa le segnalazioni presentate alle DMP da parte dei cittadini per pressioni ricevute da parte degli operatori in ordine alla scelta del servizio funebre	semestrale	RPCT 30/06 e 31/12 di ciascun anno

7 Area di Rischio MEDICINA LEGALE

Tra i compiti del servizio di Medicina Legale sono ricompresi gli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità, sordità, disabilità, handicap e inabilità temporanea.
E' interesse del cittadino poter usufruire dei benefici che la legge accorda agli invalidi, ma è anche interesse della collettività circoscrivere la concessione di tali benefici solamente a chi è effettivamente invalido, in conformità a quanto prevedono le norme di settore.

Compito della medicina legale è di verificare se, in concreto, nel caso di ciascun invalido, ricorrano gli estremi prescritti dalla normativa per i benefici richiesti, rapportando la situazione clinica riscontrata a tali prescrizioni. A tal fine è costituita una apposita Commissione i cui componenti, aventi specifica professionalità, sono selezionati attraverso uno specifico avviso pubblico ed inseriti in apposito elenco.

7.1 Acquisizione e verifica delle autocertificazioni rese dai componenti delle commissioni per il rilascio dell'invalidità civile, per la gestione di potenziali situazioni di conflitti di interesse

Il Direttore della S.C. di Medicina Legale dovrà acquisire una dichiarazione resa da ciascun membro della Commissione per il rilascio dell'invalidità civile circa l'assenza di conflitti interesse ex Codice etico e di comportamento, con predisposizione dei moduli a tal fine necessari, ove non esistenti.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Acquisizione delle autocertificazioni circa l'assenza di potenziali situazioni di conflitti di interesse da parte dei componenti delle commissioni	Direttore S.C. Medicina Legale	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive relative all'assenza di situazioni di conflitto di interesse per tutti i componenti della commissione	n. autocertificazioni acquisite/totale componenti commissioni = 100%	All'atto della nomina	Internal Auditing 30/06 e 31/12 di ciascun anno
Verifica sulle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi	Direttore S.C. Medicina Legale	Garanzia del rispetto delle autodichiarazioni presentate	Verifica a campione pari al 1% sulle dichiarazioni presentate	Numero delle dichiarazioni corrette/numero delle dichiarazioni verificate > 95%	semestrale	Internal Auditing 30/06 e 31/12 di ciascun anno

8 Area di rischio ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

La gestione dell'attività libero professionale e delle liste d'attesa era già ritenuta di prioritaria importanza dall'ANAC, che con determina n. 12 del 28.10.2015 sottolineava che "*L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di* ***gestione delle liste di attesa*** *e alla trasparenza delle procedure di* ***gestione delle prenotazioni*** *e di identificazione dei* ***livelli di priorità*** *delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio*".
Inoltre nel PNA era previsto: "*Per queste ragioni è opportuno che i PTPC considerino questo settore come ulteriore area specifica nella quale applicare il processo di gestione del rischio, con riferimento sia alla fase autorizzatoria sia a quella di svolgimento effettivo dell'attività, nonché rispetto alle relative interferenze con l'attività istituzionale.*
Poiché, inoltre, questo ambito è strettamente interconnesso con il sistema di governo dei tempi di attesa il cui rispetto rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le misure correttive e di prevenzione in questo settore, concorrendo al raggiungimento dei LEA ed essendo, quindi, ricomprese nell'ambito degli obiettivi strategici dei direttori generali, devono conseguentemente essere integrate nel sistema di valutazione della performance individuale e dell'organizzazione."

Possibili rischi relativi all'ALPI e al rispetto delle liste di attesa sono:
a) false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione;
b) l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale;
c) lo svolgimento della libera professione in orario di servizio;

d) il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione;

Di seguito si elencano le misure adottate e da adottarsi in tale area per la prevenzioni dei predetti rischi di corruzione.

8.1 Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni

Rafforzamento della trasparenza nel sistema di accesso alle prestazioni sanitarie erogate dall'ASST Santi Paolo e Carlo anche in considerazione dell'importante modifica introdotta dal D.Lgs. n. 97/2016, art. 33 che, intervenendo sulle disposizioni in materia di trasparenza con riferimento alle liste di attesa contenute nell'art. 41, co. 6, D.Lgs. n. 33/2013, ha previsto l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste.
Sarà cura dei Direttori delle Direzioni Medico del Presidio San Carlo e del Presidio San Paolo e del Dirigente della S.C. Gestione Amministrativa e Accettazione CUP, supportati dal Responsabile della S.C. Servizio Informativo Aziendale (SIA), provvedere alla pubblicazione nel predetto sito dei "*tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata".*

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Direzione Medica Presidio San Carlo e del Presidio San Paolo e del Direttore S.C. CUP e Accettazione Amministrativa	Garantire la piena trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Pubblicazione dei dati richiesti dalla normativa	Pubblicazione del 100% dei dati richiesti	trimestrale	RPTC 15/04 15/07 15/10 e 31/01 di ciascun anno
Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Direzione Medica Presidio San Carlo e del Presidio San Paolo e del Direttore S.C. CUP e Accettazione Amministrativa	Garantire la piena trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Monitoraggio degli spostamenti delle prenotazioni	Report sul numero degli spostamenti delle prenotazioni conformi alle causali per cui si chiudono le agende, rispetto al numero totale degli spostamenti rilevati nel medesimo periodo	semestrale	RPCT 30/06 e 31/12 di ciascun anno

8.2 Informatizzazione delle agende di prenotazione delle prestazioni istituzionali e di libera professione

L'ASST ha da tempo informatizzato tutte le agende di prenotazione delle prestazioni erogate in regime istituzionale e in regime di libera professione intramuraria, affidando la gestione del sistema di prenotazioni al Centro Unico di Prenotazione (CUP) e al Call Center regionale. Agli sportelli CUP aziendali è anche affidato il sistema di fatturazione delle prestazioni, comprese quelle erogate in regime libero professionale.

Inoltre, al fine di evitare il caso delle prenotazioni regolarmente raccolte dal CUP ma che non vengono eseguite a causa della mancata presenza del soggetto che ha prenotato, al fine di evitare allungamenti dei tempi di attesa delle prestazioni istituzionali, è stato adottato un sistema di recall per ricordare all'utente l'appuntamento.
Per quanto concerne tutte le prestazioni di ricovero elettivo, sia chirurgico che medico, è stata adottata, del Dipartimento Chirurgico, una procedura per la gestione del prericovero.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura prericovero	Direttore dipartimento chirurgico	Evitare favoritismi che eludano le liste di attesa delle prestazioni di ricovero istituzionale, attraverso la trasparenza delle liste d'attesa chirurgiche	Sistema di controllo e gestione trasparente delle liste d'attesa chirurgiche	Report delle liste operatorie di n. 2 Strutture chirurgiche dell'ASST con indicazione del numero delle chiamate fuori programmazione	annuale	RPCT 31/12 di ciascun anno

8.3 Piano aziendale per l'ALPI e rispetto del Regolamento ALPI

In attuazione di quanto previsto dal Regolamento del 26.10.2017 sull'esercizio dell'attività libero professionale, l'ASST Procede a verificare, tramite la SC Controllo di Gestione, il rapporto tra i volumi di attività libero professionale e i volumi di attività istituzionale.
Al dirigente responsabile per l'ALPI e alla Commissione Paritetica, prevista dal citato Regolamento, per quanto di rispettiva competenza, è affidato il compito di controllo sull'attività svolta e sulla possibilità di sospensione dell'attività libero professionale in caso di superamento dei tempi di attesa delle prestazioni istituzionali rispetto a quelli previsti da Regione Lombardia.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Rispetto del Regolamento ALPI	Direttore SC DMP Attività Libero-Professionale Direzioni Mediche di Presidio Commissione Paritetica	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI	Monitoraggio del rispetto della fascia oraria dedicata all'ALPI mediante controlli a campione del 20% dei medici autorizzati in LP ambulatoriale intramoenia e ora delle prestazioni rese in LP e timbratura istituzionale	Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione	semestrale	RPCT 30/06 e 31/12 di ciascun anno
Rispetto del Regolamento ALPI	Direttore SC DMP Attività Libero-Professionale Direzioni Mediche di Presidio Commissione Paritetica	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI	Monitoraggio del rispetto della fascia oraria dedicata all'ALPI allargata (studio privato) mediante controlli a campione del 50% degli inserimenti delle prenotazioni e dei pagamenti effettuati da parte degli aventi diritto	Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione	semestrale	RPCT 30/06 e 31/12 di ciascun anno

9 Area di rischio FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE, E SPONSORIZZAZIONI, SERD

Il settore dei farmaci, dei dispositivi medici, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi.

9.1 Gestione del fabbisogno di farmaci

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci, valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Si richiamano le precise indicazioni contenute nella DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014 avente ad oggetto *"Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015"* che, in merito alle procedure negoziate senza bando di prodotti esclusivi, prescrive che le stazioni appaltanti forniscano adeguata motivazione delle ragioni di esclusiva mediante relazione dei sanitari competenti.

Dette motivazioni devono reggersi sull'assoluta inderogabile necessità e non su ragioni di mera opportunità di rivolgersi ad un determinato operatore economico (cfr AVCP del 16 luglio 2008, n. 28), acclarando la condizione di esclusività del fornitore/produttore nelle forme di legge (ad es. titolarità di un brevetto non scaduto).

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Programmazione dei fabbisogni di farmaci	Direttore S.C. Farmacia	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Report sugli acquisti in economia riportante: fornitore, tipologia di fornitura, valore rispetto al totale degli acquisti	Presentazione del report	annuale	RPCT 31/12 di ciascun anno
Programmazione dei fabbisogni di farmaci	Direzioni Mediche di Presidio	Controllo sulle prescrizioni farmaceutiche e sulla gestione dei rapporti con gli informatori scientifici del farmaco	Predisposizione di un Regolamento/procedura che definisca le modalità di accesso degli informatori scientifici del farmaco nei Presidi Ospedalieri con istituzione di un registro degli accessi	1) Predisposizione del Regolamento/procedura 2) Invio del Registro degli accessi a RPCT	1) 31/03/2020 2) annuale	RPCT 1) 31/03/2020 2) 31/12 di ciascun anno

9.2 Regolamenti per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni

E' in fase di adozione il Regolamento per la sponsorizzazione di eventi formativi ECM da parte di finanziatori esterni

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni	S.C. Formazione	Far fronte ad eventuali rischi di maladministration nella gestione di offerte di sponsorizzazione ed evitare potenziali conflitti di interesse	Rispetto dei Regolamenti in materia di sponsorizzazione nel caso di sostegno economico da parte di soggetti terzi per la realizzazione di progetti istituzionali/progetti formativi ECM	n. sponsorizzazioni attivate nel rispetto dei regolamenti/totale delle sponsorizzazioni = 100%	All'atto della richiesta	Internal Auditing Verifica annuale e a campione su n. 2 sponsorizzazioni attivate da ciascuna struttura

10. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il PTPCT richiede un'attività di monitoraggio periodico, sia da parte del RPCT, sia da parte dei Responsabili di Struttura, che da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

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 dell'Azienda sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche almeno ogni sei mesi.
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*).

Inoltre, il RPCT propone i necessari adeguamenti al presente piano, dovuti a novità normative o attinenti all'attività ed all'organizzazione dell'Azienda.

11. 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.

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 l'ASST Santi Paolo e Carlo si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di Trasparenza quale misura di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2020 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.asstsantipaolocarlo.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 1 "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 dell'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 1 "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 l'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 RPTC 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.

Monitoraggio

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (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 Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

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 dell'Azienda sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche almeno ogni sei mesi.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni 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 dell'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.

Si allega al presente documento tabella di sintesi degli obblighi di pubblicazione (Allegato 1).

12. 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 dell'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 l'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.

14. 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.

DISPOSIZIONI FINALI

Il presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 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.