



**Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini-CTO**

**Sistema Socio Sanitario**



**Regione  
Lombardia**

**ASST Gaetano Pini**

Allegato alla delib. n. 55 del 31.01.2019



*ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico  
"Gaetano Pini-CTO"*

*Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza  
2019-2021*

*Edizione 2019*



## **PREMESSE**

### **1. CONSIDERAZIONI SUI PTPC 2016/2018 – 2017/2019 – 2018/2020**

### **2. II PROCESSO DI ELABORAZIONE DEL PTPCT 2019-2021**

- 2.1 I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

### **3. GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE**

#### **3.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO**

#### **3.2 LA METODOLOGIA**

#### **3.3 MONITORAGGIO ANNO 2018**

#### **3.4 PROGRAMMAZIONE OPERATIVA ANNO 2019**

### **4. GLI STRUMENTI DI PREVENZIONE**

- FORMAZIONE
- CODICE DI COMPORTAMENTO
- TUTELA DEL WHISTLEBLOWER
- INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI
- DISCIPLINA SUL CONFLITTO DI INTERESSI E SULLE INCOMPATIBILITÀ
- RISPETTO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI
- ROTAZIONE DEL PERSONALE
- TRASPARENZA

### **5. IL COORDINAMENTO TRA PTPCT, PIANO DELLA PERFORMANCE E GLI ALTRI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE**

#### **a) IL PIANO DELLA PERFORMANCE**

#### **b) IL PIANO DI AUDIT**

#### **c) IL PIMO**

### **6. TRASPARENZA**

#### **6.1 ACCESSO CIVICO CD. SEMPLICE E ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO**

## **ALLEGATI:**

ALL. 1 - MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE

ALL. 2 – TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE



## PREMESSE

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) per il triennio 2019-2021, comprendente la sezione dedicata alla Trasparenza, intende dare continuità al precedente, allo scopo di garantire:

- il progressivo miglioramento del modello di gestione del rischio di corruzione, basato sull'adozione di misure di prevenzione contestualizzate, concrete e verificabili;
- un approccio sempre più rigoroso e strutturato al sistema di prevenzione della corruzione, intesa nella sua accezione più ampia di "*maladministration*," onde favorire la diffusione di una cultura della legalità basata sul rispetto delle regole e sullo spirito di collaborazione tra tutti gli operatori sanitari che, a vario titolo, prestano la propria attività all'interno dell'Azienda.

Il PTPC 2019-2021, analogamente ai precedenti, ha recepito le indicazioni di cui al Piano Nazionale Anticorruzione ANAC Anno 2013 e successivi aggiornamenti (cfr. Determinazioni n. 12 del 28 ottobre 2015, n. 831 del 3 agosto 2016, Linee Guida di cui alla Determinazione n. 1134/2017, Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 e n.1074 del 21.11.2018), con cui la stessa Autorità Nazionale Anticorruzione nel considerare il PNA **atto generale di indirizzo** rivolto a tutte le pubbliche amministrazioni, ribadisce l'immutata responsabilità in capo alle singole amministrazioni di attuare e declinare le misure di prevenzione della corruzione, indicate nel PNA, in modo da renderle più rispondenti allo specifico contesto organizzativo e strutturale della propria Azienda.

Per questa ASST, gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza sono stati condivisi nell'ambito delle attività di verifica del sistema di Internal Auditing aziendale (relativamente a talune Aree generali e specifiche).

Per tale ragione l'attuale Piano 2019-2021, parte da un'attenta ricognizione dello stato di attuazione delle misure di prevenzione per l'anno 2018, stabilendo, per ciascuna di esse, anche a seguito degli esiti delle attività di Internal Auditing, la nuova programmazione anno 2019.



In considerazione della mission istituzionale, talune aree di attività inserite nei Piani precedenti continueranno ad essere oggetto di monitoraggio, quali ad esempio:

- le procedure di affidamento sotto soglia comunitaria;
- l'approvvigionamento di dispositivi medici;
- le proroghe contrattuali;
- i subappalti.

e nell'ambito delle aree specifiche e generali:

- la disciplina del conflitto di interesse (obblighi di comunicazione e di astensione, dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità/inconferibilità, dichiarazione pubblica di interessi AGENAS);
- la formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- le segnalazioni di whistleblowing.;
- la disciplina degli incarichi extraistituzionali di cui all'art.53 del D.Lgs 165/2001.

Ai fini dell'elaborazione del presente documento sono state esaminate le novità anticorruzione sugli appalti pubblici di cui alle specifiche Linee Guida ANAC 2018, in tema di:

- rispetto del criterio di rotazione nella selezione dei partecipanti alla gara e nella scelta del contraente;
- criteri e modalità di individuazione e nomina del RUP: il conflitto di interesse in capo al RUP ed il rapporto con la commissione di gara;
- commissione di gara: nuovo imparziale sistema di individuazione e nomina dei membri da parte della stazione appaltante;
- modalità di ricorso all'istituto dell'affidamento diretto e onere motivazionale;
- i subappalti, le offerte anomale.

e le principali novità del PNA 2018 su:

- Codici di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62/2013 (ANAC emanerà nel 2019 nuove Linee Guida introducendo disposizioni a carattere generale che settoriale);
- pantouflage di cui all'art. 1, co. 42, lett. l) della l. 190/2012 che ha contemplato l'ipotesi relativa alla cd. "incompatibilità successiva" introducendo all'art. 53 del d.lgs. 165/2001, il co. 16-ter;



- trasparenza e nuova disciplina della tutela dei dati personali (Reg. UE 2016/679) con particolare riferimento, in tema di accesso civico, alla regolamentazione dei rapporti tra RPCT e Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) ed ai principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione di quanto necessario pubblicare rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati.

## **1. CONSIDERAZIONI SUI PTPC ANNI PRECEDENTI 2016/2018 – 2017/2019 – 2018/2020**

In attuazione della L.R. 11 agosto 2015, n. 23 *“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”*, a far data dall’01.01.2016, si è costituita l’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO.

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2016-2018 (POAS) adottato con deliberazione aziendale n. 479 del 27.10.2016, approvato da Regione Lombardia con DGR n° X/6886 del 17/07/2017, ha confermato la centralità e la rilevanza strategica del sistema di prevenzione della corruzione ponendo la funzione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) in staff al Direttore Generale, in ragione della trasversalità e necessità di assicurare al predetto Responsabile, in posizione di terzietà e indipendenza rispetto all’intera organizzazione aziendale.

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

Sulla base di quanto previsto nella **Sezione II^ “SANITA”** della Determina ANAC n.12 del 28.10.2015, per i PTPC aggiornamento anni 2016, 2017 e 2018 - è stata elaborata una **scheda di programmazione** - ALL. 1 del Piano, in cui sono state tracciate le aree di rischio rispondenti alle principali attività istituzionali, le misure preventive in atto, le misure



di nuova adozione e/o da implementare, i responsabili dei processi, gli indicatori, gli obiettivi attesi e le modalità di verifica sul raggiungimento degli stessi.

***Con riferimento al sistema di monitoraggio dei rischi per gli anni 2016 e 2017***, il RPC, privilegiando un sistema di rilevazione quali-quantitativa, ha effettuato una serie di audit con i Dirigenti responsabili al fine di acquisire conoscenze dirette sul contesto ambientale ed operativo in cui si svolgono le attività di settore.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nella sua veste anche di referente aziendale della Funzione di internal Auditing, attraverso audit specifici, ha potuto monitorare lo stato di percezione dei fenomeni corruttivi da parte del personale amministrativo e sanitario, la loro capacità di “intercettare” comportamenti cd. di *maladministration*, in grado di compromettere il buon funzionamento della macchina amministrativa.

Per effetto del processo di integrazione tra sistema di prevenzione della corruzione e sistema dei controlli interni rappresentato dall’Internal Auditing, sono stati sottoposti a *verifiche di compliance* i seguenti processi trasversali:

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

Come si evince dalla scheda di programmazione dei PTPC 2016-2018 e 2017-2019, nella sezione “MISURE DA IMPLEMENTARE”, sono stati fissati indicatori “*dinamici*” implicanti un’azione di monitoraggio articolata e capillare, oggettivamente onerosa rispetto all’assorbimento di risorse implicato.

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

Nell’aprile 2017 l’Azienda ha promosso la compilazione on line della *Dichiarazione Pubblica di Interessi* predisposta da AGENAS- estesa ai Direttori di Struttura Complessa, Dirigenti di Struttura Semplice, Responsabili senza incarico comunque esercitanti, a vario titolo, poteri decisionali nelle aree a rischio di corruzione.



Nel luglio 2018 l'Azienda ha esteso la compilazione on line della *Dichiarazione Pubblica di Interessi* a tutti i Dirigenti di Area Sanitaria ed Amministrativa.

La predetta *Dichiarazione pubblica di interessi*, in coerenza con gli obblighi previsti dai Codici di comportamento nazionale ed aziendale (ex D.P.R. 62/2013), ha reso conoscibili le relazioni e/o gli interessi dei professionisti di area sanitaria e amministrativa con gli operatori commerciali fornitori per l'Azienda di farmaci, dispositivi ed altre tecnologie.

Sotto il profilo organizzativo e strutturale, l'anno 2018 ha visto la piena attuazione del Piano di Organizzazione Aziendale Sanitario per il triennio 2016-2018, approvato da Regione Lombardia nel luglio 2017 con DGR n° X/6886 del 17/07/2017 e DGR X/7850 del 12.02.2018 che ha approvato le ulteriori modificazioni intervenute.

**Con riferimento al sistema di monitoraggio dei rischi per l'anno 2018**, come si evince dalla scheda di programmazione - ALL.1 - al PTPC 2018-2020, nella sezione "MISURE DA IMPLEMENTARE" ridenominata "AREA DI MIGLIORAMENTO", è stata identificata una tipologia di indicatore di "risultato" in grado di verificare lo stato di attuazione/non attuazione dell'obiettivo atteso.

Nel 2018 i processi monitorati anche dal sistema dei Controlli interni di cui al relativo Piano di Audit adottato con deliberazione n . 50 del 31.01.2018, sono stati:

- Il Servizio Ispettivo aziendale
- Gli incarichi extraistituzionali dei dipendenti e conflitto di interessi
- Le Sperimentazioni cliniche
- Le procedure di approvvigionamento di materiale protesico
- Gli affidamenti di lavori, beni e servizi sotto soglia comunitaria
- La gestione delle apparecchiature elettromedicali in conto visione
- La regolamentazione dei contributi economici per borse di studio/incarichi professionali

Gli esiti sui monitoraggi semestrali (30.06. e 31.12.2018) di cui alle schede di rendicontazione, depositate in atti del RPC, saranno trasmesse alla Struttura Audit Sistema dei Controlli, Prevenzione della corruzione, Trasparenza e Privacy Officer di Regione Lombardia entro il termine del 28.02.2019 indicato dalla D.G.R XI/1046 del





17/12/2018 “DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L’ESERCIZIO 2019”.

## **2. II PROCESSO DI ELABORAZIONE DEL PTPC 2019 - 2021.**

Il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anno 2019, ha mantenuto le matrici di mappatura preesistenti, confermando gli esiti dell’operazione di “assessment” svolta l’anno precedente; alla luce di un modello organizzativo aziendale consolidatosi nel 2018, vigente alla data di elaborazione del presente Piano.

Relativamente ai vertici dell’ASST, con scadenza di mandato al 31.12.2018, è stato confermato il Direttore Generale uscente mentre sono stati prorogati al 28.02.2019 i co-direttori in carica Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario.

I monitoraggi, sotto il profilo della prevenzione della corruzione, per l’anno 2019, riguarderanno tutti i processi mappati nel 2018, verificati dall’Internal Auditing con particolare attenzione alla disciplina sul conflitto di interesse e sulle situazioni di incompatibilità/inconferibilità.

**Con riferimento al sistema di monitoraggio dei rischi per l’anno 2019** il RPC, privilegiando un sistema di rilevazione quali-quantitativa, effettuerà una serie di audit con i Dirigenti Responsabili dei processi mappati, ciascuno per l’area di competenza.

Come si evince dalla scheda (ALL.1) “*Mappatura rischi*”, allegata al PTPC 2019-2021 nella sezione “AREA DI MIGLIORAMENTO”, il raggiungimento degli OBIETTIVI ATTESI è verificabile attraverso indicatori, in termini percentuali, in grado di monitorare lo stato di applicazione delle misure di prevenzione .

### **2.1 I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

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





A far data dall'01.01.2019 l'assetto direzionale di vertice risulta così composto:

➤ **il Direttore Generale,**

La Regione Lombardia con D.G.R. XI/1063 del 17/12/2018, ha confermato il Direttore Generale uscente dott. Francesco Laurelli alla guida dell'ASST G.Pini-CTO, per il periodo 01.01.2019 -31.12.2023, immesso nelle sue funzioni con provvedimento aziendale n. 1 del 02.01.2019.

Il Direttore Generale provvede alla nomina del Responsabile della Prevenzione della corruzione e adotta tutti gli atti di indirizzo, di carattere generale, direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

Il Direttore Generale, sino al 28.02.2019, ha mantenuto in carica i precedenti co-Direttori apicali: il Direttore Amministrativo dott. Valentino Colao con deliberazione n. 2 del 02.01.2019, il Direttore Sociosanitario dott.ssa Paola Pirola nominata giusta deliberazione n.4 del 02.01.2019 che, con provvedimento n. 3/2019 ha assunto ad interim l'incarico di Direttore Sanitario;

➤ **Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**

Con deliberazione n. 292 del 19.07.2013 la funzione di RPCT è stata ricoperta dalla dott.ssa Marilena Moretti - dirigente amministrativo presso la UOC Affari Generali, Istituzionali e Legali.

Con deliberazione n. 22 del 14.01.2019 l'Azienda ha conferito alla dott. ssa Daniela Troiano, già Direttore UOC Acquisti e Logistica, il ruolo di Responsabile della funzione Trasparenza, Anticorruzione e Internal Auditing, in sostituzione del precedente RPCT dott.ssa Marilena Moretti.

La figura del RPCT è stata interessata in modo significativo anche dalle modifiche alla Legge 190/2012 (art. 41, co. 1 lett. f) introdotte dal D.Lgs. 97/2016.

L'intento principale del legislatore è stato quello di rafforzare e tutelare il ruolo del RPCT, stabilendo che l'Organo di indirizzo assicuri allo stesso funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia.

Inoltre, il medesimo Decreto, se da un lato attribuisce al RPC il potere di segnalare all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) i dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di prevenzione della corruzione, dall'altro, impone al RPCT di interagire con l'Organismo Indipendente di Valutazione ad esso segnalando disfunzioni



inerenti l'attuazione delle medesime misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

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

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

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

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

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



L'Aggiornamento 2018 al PNA – ALL. 2 ha evidenziato i poteri del RPCT di vigilanza e controllo come delineato dall'Autorità nella Delibera n. 840/2018 in forza della quale *“il cardine dei poteri del RPC è centrato sulla prevenzione della corruzione ossia sull'adeguata predisposizione di strumenti interni all'Amministrazione per il contrasto dell'insorgenza di fenomeni corruttivi e sulla verifica che ad essi sia stata data attuazione effettiva.....”*.

➤ **Il Gruppo di supporto anticorruzione**

Con deliberazione n. 132 del 31.03.2014 e successiva deliberazione n. 160 del 16.04.2015 è stato costituito il Gruppo con funzioni consultive, di programmazione e di controllo formato da tutti i Dirigenti Responsabili delle seguenti Aree rappresentative delle principali attività istituzionali: **Affidamento lavori, acquisti beni e servizi – Gestione Risorse Umane - Controllo di Gestione – Centro Unico di prenotazione - Farmacia - Economico Finanziario – Libera Professione – Sistemi Informativi Aziendali Prevenzione e Protezione – Rischio Clinico – Qualità – Privacy – Accreditamento.**

Al Gruppo di supporto sono affidati i compiti di supportare il RPCT nella elaborazione di proposte sull'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e nella vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione.

Conformemente alle indicazioni di cui alla Determina ANAC n. 12 del 28.10.2015, al fine di promuovere la più ampia collaborazione e responsabilizzazione di tutti i dipendenti nell'attuazione del PTPC, sono costantemente coinvolti, ai fini dell'attivazione di un sistema di prevenzione della corruzione che risulti sempre più *inattaccabile*, i Direttori di Dipartimento, i Direttori delle Strutture Complesse e Semplici, Dipartimentali di tutti i Presidi ospedalieri dell'ASST.

Le figure dirigenziali coinvolte nel processo di gestione e prevenzione del rischio, sono tenuti a:

- svolgere attività informativa nei confronti del Responsabile anticorruzione, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 D.Lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, L. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- proporre misure di prevenzione (art. 16 D.Lgs. n. 165/2001);
- assicurare l'osservanza del Codice di comportamento aziendale e verificano le ipotesi di violazione;



- adottare le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.);
- osservare le misure contenute nel PTPC (art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012).

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

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

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

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

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

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

➤ **Il Collegio di Direzione**

Rinnovato con deliberazione n. 119 del 31.03.2016:



- partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria;
- concorre al governo delle attività cliniche, allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni;
- partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

➤ **il Collegio Sindacale**

Istituito giusta deliberazione n. 120 del 07.04.2016, per il triennio 2016-2018 (scadenza aprile 2019), verifica l'attività dell'Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale, vigila sull'osservanza delle leggi, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa.

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

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

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



116/2016, che prevede una responsabilità in capo ai dirigenti che abbiano acquisito conoscenza del fatto o, negli enti privi di qualifica dirigenziale, per i responsabili di servizio competenti, in caso di omissione dell'avvio del procedimento disciplinare per il caso di flagranza nel reato di assenteismo di cui agli articoli 55 quinquies e quater.

Anche in relazione alle novità introdotte dal D.Lgs 25 maggio 2017, n. 75 all'articolo 55 bis del D.lgs. 165 del 2001, nel corso del 2019, sarà rivista la composizione dell'UPD per i procedimenti disciplinari a carico del personale dirigente e non, ad oggi rimasta invariata, nonostante le previsioni di cambiamento preannunciate per il 2018.

### ➤ **l'Internal Auditing**

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

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

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

### ➤ **il Servizio Ispettivo aziendale**

Ha prevalentemente compiti di controllo sulle dichiarazioni rese dai dipendenti in materia di incompatibilità/inconferibilità.

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

Con delibera n. 833 del 03.08.2016 *“Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile*



*della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili*”, l'ANAC è intervenuta a definire il ruolo e le funzioni operative del Responsabile della Prevenzione della corruzione nel procedimento di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità nonché a fornire le indicazioni operative concernenti anche i propri poteri di vigilanza e di accertamento in materia.

E' con riferimento al rafforzamento dei poteri ispettivi nei confronti di altri soggetti interni all'Azienda ed all'interazione tra questi ed il RPCT che, con deliberazione n. 658 del 03.12.2018 è stata ridefinita la composizione del Servizio ispettivo Aziendale (SIA) con contestuale approvazione del Regolamento di funzionamento.

➤ **II RASA**

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

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

Con deliberazione n. 26 del 14.01.2019 in sostituzione della dott.ssa Daniela Troiano, a cui è stata conferita, a far data dal 15.01.2019, la funzione di RPCT e Responsabile I.A., è stato designato, per il periodo 15.01.2019 -14.01.2020, Direttore della UOC Gestione Acquisti – Logistica il dott. Roberto Daffinà.

Con deliberazione n. 42 del 17.01.2019 il dott. Roberto Daffinà è stato designato Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) incaricato alla compilazione ed aggiornamento dei dati dell'ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO all'Anagrafica Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

➤ **Il Gestore delle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio**





Il D.Lgs. 231/2007, così come modificato dal d.lgs. 90/2017, all'art. 10, comma 4, stabilisce che le Pubbliche amministrazioni comunicano alla Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF) dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale, allo scopo di consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

La predetta Unità UIF, con provvedimento del 23/04/2018, ha adottato le "Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni", individuando i dati e le informazioni da trasmettere, le modalità e i termini della relativa comunicazione nonché gli indicatori per agevolare la rilevazione delle operazioni sospette.

Nel corso del 2019, l'Azienda provvederà all'individuazione tra i propri Dirigenti amministrativi in servizio di un "Gestore", quale soggetto delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni alla UIF.

➤ **Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD)**

Come evidenziato nell'Aggiornamento 2018 al PNA la figura del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) è figura omologa a quella del Data Protection Officer (DPO) o anche Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD), introdotta dal nuovo Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali in quanto entrambi deputati alla prevenzione di un rischio: il primo preposto a garantire la protezione dei dati personali (di cui al GDPR), il secondo l'attuazione delle misure atte a garantire il buon andamento dell'attività amministrativa, e che potrebbero trovarsi ad interagire nel caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato.

Le istanze di riesame, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 5, co. 7, del d.lgs. 33/2013.

In questi casi il RPCT ben si può avvalere, se ritenuto necessario, del supporto del RPD nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto conto che proprio la Legge attribuisce al RPCT il potere di richiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali.

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



Nelle modifiche apportate dal D.lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti di tutta la struttura ed in particolar modo con il personale dipendente che, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 62/2013, ha un forte dovere di collaborazione nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore.

I dipendenti:

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

L'intento dell'Azienda, nel momento in cui si approccia alla predisposizione del presente Piano è che lo stesso possa contribuire a responsabilizzare maggiormente tutti i soggetti che a vario titolo operano all'interno della Struttura, nella consapevolezza che la prevenzione dei fenomeni corruttivi non possa che essere il frutto di una necessaria interazione delle risorse, delle competenze e delle capacità di ognuno.

➤ **I soggetti esterni**

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

### **3. GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE**

#### **3.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO**



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

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

Il processo di gestione del rischio corruttivo è partito principalmente dall’analisi del contesto esterno di natura socio territoriale e del contesto interno, di tipo strutturale ed organizzativo. Un’analisi realistica dei due ambiti ha consentito di procedere all’identificazione puntuale di eventi rischiosi; alla ponderazione del rischio; al trattamento dello stesso attraverso l’individuazione di misure di prevenzione sempre più attendibili e concretamente verificabili.

È noto che il territorio lombardo, caratterizzato dalla presenza di grandi realtà industriali, favorisca l’emergenza di forme di criminalità che trovano, talvolta, alimento nella corruzione di funzionari pubblici.

Il Sistema Sanitario Regionale caratterizzato da standard elevatissimi di qualità delle prestazioni socio sanitarie rappresenta un settore fortemente esposto a rischio di corruzione.

Il settore degli appalti pubblici, in particolare, costituisce uno dei settori di primario interesse delle organizzazioni mafiose, sia perché consente di reinvestire in iniziative legali le ingenti risorse “liquide” frutto delle attività criminali, sia perché rappresenta



l'occasione di un'ulteriore fonte di reddito derivante dalle estorsioni praticate in danno degli operatori economici impegnati nella realizzazione delle opere.

Gli esiti della rilevazione statistica di Transparency International Italia anno 2017, attestano che gli illeciti più frequenti riguardano non solo gli appalti ma anche i concorsi, la violazione delle liste d'attesa, la segnalazione dei decessi alle imprese funebri private, il favoritismo ai pazienti provenienti dalla libera professione, la prescrizione di farmaci a seguito di sponsorizzazioni, la gestione dei proventi delle sperimentazioni cliniche.

Le situazioni di criticità poi nel settore della Sanità pubblica sono riconducibili all'ampia platea di attori esterni ed interni che interagendo tra loro si vengono a trovare in una condizione di potenziale conflitto di interessi.

Tuttavia, prendendo come riferimento i dati messi a disposizione dall'ISTAT, AGENAS, ANAC e dalla ATS di afferenza, si può affermare che la situazione del contesto sanitario delle Strutture ospedaliere che operano nel contesto dell'area metropolitana milanese, appare buona, nonostante i tempi di crisi socio-economica.

Come si evince dal sito aziendale l'andamento dei tempi di attesa, costantemente tenuto sotto controllo, risulta accettabile e va comunque letto in relazione alla preferenza espressa dagli utenti che sceglie di rivolgersi all'Azienda anche da fuori Regione.

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

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

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

Nel corso del 2016, 2017 2018 sono stati implementati alcuni ambiti applicativi ed infrastrutturali nell'ottica di rendere più funzionali ed efficienti i processi.



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

Sono svolte attività secondo i dettami di legge e con un buon livello di sviluppo, nei settori dei rischi connessi alla sicurezza degli operatori e dei luoghi di lavoro (Servizio Prevenzione e Protezione, Medico Competente), della vigilanza sulle ditte esterne (Servizio di Prevenzione e Protezione, Gestione Tecnico Patrimoniale) e della sicurezza sui pazienti in ambito clinico – organizzativo (Comitato Valutazione Sinistri e Comitato di Gestione del Rischio Clinico).

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

Si tratta di un Centro servizi che amplierà la portata del modello di assistenza dell'ASST G.Pini-CTO, destinato ad implementarsi nel corso del 2019.

Nonostante la previsione di procedure e misure di prevenzione, via via rinforzatesi negli anni, anche in conseguenza di inchieste giudiziarie che tra il 2017 e 2018 hanno coinvolto professionisti dell'ASST, si è ritenuto opportuno programmare nel 2019 eventi formativi obbligatori per i dipendenti, di approfondimento su tematiche quali il conflitto di interesse, le situazioni di inconferibilità e incompatibilità, gli obblighi sanciti nei Codici di comportamento; demandando al sistema dei Controlli Interni l'attività di supervisione sulle procedure maggiormente esposte a rischio corruzione, riguardanti le procedure di approvvigionamento di dispositivi medici e farmaci, stante la complessità e delicatezza delle relazioni professionali intercorrenti tra operatori sanitari, utilizzatori finali dei dispositivi e le società fornitrici degli stessi

### **3.2 LA METODOLOGIA**

Il presente PTPCT è stato costruito tenuto conto del fatto che è uno strumento dinamico, migliorabile di anno in anno, in funzione non solo dell'evoluzione normativa di riferimento



ma soprattutto in relazione agli avvenimenti contingenti che, a vario titolo, hanno impattano sull'assetto organizzativo e strutturale dell'Azienda.

Sin dalla sua costituzione, l'ASST G. Pini-CTO ha provveduto alla mappatura delle proprie attività e dei relativi processi attraverso un'analisi delle proprie aree a rischio secondo la procedura del Risk Assessment, metodologia volta alla determinazione del rischio associato a determinati pericoli o sorgenti di rischio.

Le fasi dell'attività attengono a:

- 1) MAPPATURA DE PROCESSI, INDIVIDUAZIONE E ANALISI DEI RISCHI
- 2) VALUTAZIONE DEL RISCHIO
- 3) TRATTAMENTO DEL RISCHIO.

#### 1) INDIVIDUAZIONE E ANALISI DEI RISCHI

Per una completa individuazione dei rischi, occorre conoscere approfonditamente l'attività istituzionale in tutti i suoi aspetti.

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 dell'Azienda, e di offrire spunti interessanti per un'adeguata valutazione del rischio.

#### 2) VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Una volta individuati, i rischi devono essere analizzati e valutati attraverso l'attribuzione di un valore alle due variabili che li caratterizzano e cioè:

- la gravità del danno che ne può derivare;
- la probabilità che l'evento illecito si possa verificare.

#### 3) TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Gli esiti delle attività di valutazione ed i dati raccolti costituiscono condizioni prodromiche ad una corretta gestione del fenomeno "rischio".

Sulla base delle informazioni acquisite si dovranno adottare soluzioni per prevenire il verificarsi del rischio (protocolli, procedure, regolamenti, best practices, etc.).



Alla fine del trattamento del rischio, le conseguenti strategie operative, incominciano ad assumere una determinata configurazione.

Tuttavia è indispensabile ripercorrere costantemente nel tempo le varie fasi sopra descritte al fine di verificare che le soluzioni adottate mantengano coerenza, validità ed efficacia. Tale check up consentirà di applicare azioni correttive, ove del caso.

## **1) MAPPATURA DEI PROCESSI, INDIVIDUAZIONE E ANALISI DEI RISCHI**

La mappatura dei processi è costruita sulla base delle aree maggiormente esposte al rischio di corruzione secondo le indicazioni di cui Determinazione ANAC n.12/2015, tenuto conto della specificità del settore sanitario.

Il sistema di ponderazione del rischio basato sulla metodologia suggerita dall'allegato 5 del PNA 2013, a partire dal 2017, è stato integrato con il sistema di verifica tipico dell'attività di internal auditing (studio delle documentazioni, audizioni, interviste, check list di valutazione, estrazione di un campione di operazioni relative al processo da sottoporre a test di conformità, ecc.) con particolare attenzione al livello di percezione del rischio da parte dei soggetti auditati.

L'attività di auditing quale "misura di contrasto alla corruzione", è strumento di verifica della conformità dei processi amministrativi alla normativa di settore.

A partire dal PTPC 2016-2018, la mappatura delle aree di rischio è raccolta in una **scheda di programmazione**, allegata al Piano (ALL.1), in cui sono individuate le aree a rischio corruzione rappresentanti le principali attività istituzionali, le misure preventive in atto, le misure da implementare/migliorare.

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

Le attività di analisi dei processi sono svolte prevalentemente dal Responsabile della prevenzione della corruzione in sede di audit con i responsabili delle Unità Operative.

Tenuto conto dello stato di attuazione di procedure/protocolli/regolamenti in essere, ad esito degli audit specifici, il RPCT, sondando il livello di percezione dei rischi corruttivi da parte del personale amministrativo e sanitario, ha avuto modo di "intercettare" comportamenti cd. di *maladministration*, che compromettono il buon funzionamento della macchina amministrativa.





## 2) VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Alla fase di individuazione dei rischi segue quella di analisi e valutazione degli stessi, attraverso la pesatura delle due variabili che li caratterizzano e cioè:

- la gravità del danno che ne può derivare;
- la probabilità che l'evento illecito si possa verificare.

La fase di valutazione di risk assessment prodromica all'adozione del PTPC 2019-2021, ha tenuto conto di eventi avversi, anche di carattere giudiziario, verificatisi tra il 2017 e 2018, di rilevante impatto organizzativo, economico e sull'immagine dell'ASST.

Nell'ottica del perseguimento di obiettivi di:

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

è stata confermata la metodologia di analisi del 2018 che, in alternativa alla media aritmetica suggerita dall'Allegato 5 del PNA del 2013, si è basata, in via prudenziale, sul "criterio del valore massimo" delle due dimensioni (impatto e probabilità di cui all'all. 5 del PNA) che, nell'analisi del processo, riportano il punteggio più alto.

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

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



Trascurabile



Medio-basso



Medio-alto



Alto



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

Si è ritenuta coerente la seguente ponderazione del rischio:

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

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

Il crescente livello di consapevolezza dell'esposizione al rischio corruttivo ha suggerito, per il PTPC 2019-2021, il mantenimento dei livelli di rischio dell'anno precedente, così come attestato nella tabella di programmazione – ALL. 1 al presente Piano.

### 3) TRATTAMENTO DEL RISCHIO

L'identificazione delle misure di prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio rappresenta la fase di estrema importanza nella costruzione del Piano.

Le misure devono rispondere a requisiti di:

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

Particolare attenzione è stata dedicata alla definizione degli indicatori di attuazione previsti per ciascuna misura, espressi, ove possibile, in termini percentuali, valutabili anche sotto il



profilo del raggiungimento della performance individuale o organizzativa.

Come si evince dalla scheda di programmazione, ALL.1 al PTPC 2019-2021, nella sezione “AREA DI MIGLIORAMENTO”, per ogni misura generale o specifica sono associati indicatori concreti e verificabili che consentono di procedere ad un’attività di monitoraggio sull’effettivo stato di realizzazione delle misure di prevenzione/contrasto alla corruzione.

Sempre nella stessa scheda di programmazione, sono stati esplicitati i collegamenti tra le misure da applicare per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance organizzativi e individuali, condivisi con i Responsabili dei processi ricadenti nelle aree di rischio.

### **3.3 MONITORAGGIO ANNO 2018**

Il Sistema di Internal Auditing rappresenta lo strumento di controllo finalizzato alla prevenzione del rischio di corruzione con l’obiettivo di:

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

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



Per effetto del processo di integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione ed i sistemi di controllo interno, nel 2018 sono stati sottoposti a *verifiche di compliance*, in continuità all'analisi in parte iniziata nel 2017, i seguenti processi:

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

In sede di monitoraggio sulle misure specifiche, dal confronto con i Dirigenti degli Uffici è emerso, in via prevalente, che il target di attuazione originariamente previsto si era dimostrato incompatibile con le risorse dell'ufficio medesimo.

Tuttavia l'esito finale delle rilevazioni ha dimostrato una generalizzata attuazione delle misure di prevenzione specifiche indicate nel Piano.

Le risultanze del monitoraggio sono state formalizzate alla Struttura Audit Sistema dei Controlli, Prevenzione della corruzione, Trasparenza e Privacy Officer di Regione Lombardia, quale adempimento di legge, nell'ambito dell'attuazione Piano di Audit 2018.

Proprio l'esito dei monitoraggi anno 2018 è stata la base di partenza per la ri-programmazione delle misure di carattere specifico per il triennio 2019/2021, potendo contare sulla partecipazione attiva di tutti gli attori coinvolti che si sono approcciati attraverso un'analisi autocritica sulle attività istituzionali di competenza.

### **3.4 PROGRAMMAZIONE OPERATIVA 2019**

Il Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza anno 2019, ha mantenuto le matrici di mappatura precedenti, confermando gli esiti dell'operazione di "assessment" svolta l'anno precedente; ciò, si ribadisce, alla luce di un modello organizzativo aziendale



che si è assestato sulla base di modificazioni intervenute nel 2018 in attuazione del POAS 2016-2018, tutt'ora vigente.

Le operazioni di monitoraggio per l'anno 2019 riguarderanno tutti i processi mappati nel 2018 e che saranno oggetto di verifiche da parte del sistema di Internal Auditing aziendale di cui al Piano di audit 2019 (da adottare entro il 31.03.2019).

Per il PTPC 2019-2021, tra le misure di carattere generale trasversali al sistema di valutazione della Performance, sono state inserite ex novo le misure di prevenzione legate alla disciplina sul conflitto di interesse, sulle forme di incompatibilità/inconferibilità del dipendente pubblico, per le quali, nel corso del 2017 e 2018 si è positivamente registrata un'apprezzabile presa di coscienza da parte dei professionisti dell'Azienda attraverso la compilazione di specifica modulistica.

Nell'ottica di procedere alla divulgazione generalizzata circa l'importanza delle regole di comportamento, si provvederà nel 2019 a revisionare il Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda, adottato con deliberazione n. 43 del 30.01.2014, in applicazione delle Linee Guida ANAC anno 2016 per gli enti del SSN e di quelle di prossima emanazione, così come enunciato dalla stessa Autorità Anticorruzione nel PNA 2018.

Come si evince dalla scheda (ALL.1) "Mappatura rischi", allegata al PTPC 2019-2021 nella sezione "*Aree Ulteriori*", sono stati inseriti due processi, uno dal titolo "*conflitto di interessi*", l'altro "*rotazione del personale e segregazione delle funzioni*".

Secondo quanto previsto nella relazione programmatica anno 2019, è stata avviata, relativamente al personale dirigenziale dell'Area Amministrativa, la rotazione ordinaria che ha visto, a far data dal 15.01.2019 il conferimento della funzione di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza al Direttore sino a quel momento assegnato alla UOC Gestione Acquisti-Logistica dell'ASST.

#### **4. GLI STRUMENTI DI PREVENZIONE**

In continuità con il PTPC dello scorso anno, le azioni di prevenzione della corruzione si attueranno attraverso:

- a) la formazione
- b) il Codice di Comportamento



- c) la tutela del whistleblower
- d) la disciplina sugli incarichi extra-istituzionali
- e) la disciplina sul conflitto di interessi e sulle incompatibilità
- f) il rispetto dei tempi procedurali
- g) la rotazione del personale
- h) il pantouflage
- i) la trasparenza

### **a) Formazione**

I percorsi formativi, secondo le indicazioni di cui al PNA 2016 e successivi aggiornamenti, dovranno connotarsi per una sempre maggiore specificità in relazione alle peculiarità del Settore Sanitario rispetto agli altri settori della Pubblica Amministrazione.

Come previsto nel Piano Annuale di Formazione Aziendale 2018, predisposto per soddisfare le esigenze formative e di aggiornamento professionale dei dipendenti, sono stati realizzati:

- a livello generale, su tematiche dell'etica e della legalità, n. 2 eventi: in data 11 aprile e 28 giugno 2018;
- a livello specialistico, in materia di pubblico impiego e di contrattualistica pubblica, n. 2 eventi: nelle giornate del 24 settembre e 29 novembre 2018.

Proseguiranno nel 2019 i percorsi formativi atti ad approfondire i temi della prevenzione della corruzione sotto l'aspetto normativo-specialistico e valoriale, nell'ottica di consentire, da un lato, l'accrescimento delle competenze specifiche del personale afferente le aree a maggior rischio corruttivo; dall'altro, a potenziare gli aspetti etici e della legalità dell'attività istituzionale.

### **b) Codice di Comportamento**

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

Esso fa espresso richiamo ai seguenti temi trattati nel PTPC:



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

A seguito dell'introduzione nel presente Piano di misure di prevenzione legate alla disciplina del conflitto di interesse e delle situazioni di incompatibilità/inconferibilità del dipendente pubblico, appare prioritaria la revisione del Codice di comportamento aziendale, avviata ma non conclusasi nel 2018, al fine di dettagliare le tipologie e fattispecie di attività/incarichi espletati dal dipendente e che potrebbero configurarsi come confliggenti con le funzioni istituzionali.

La revisione terrà conto delle Linee Guida ANAC datate 20 settembre 2016 per l'adozione dei Codici di comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale e di quelle di prossima emanazione da parte della stessa Autorità Anticorruzione.

### **c) Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (*Whistleblowing*)**

In merito alle misure di protezione del dipendente che segnala illeciti, nel corso dell'anno 2018, non si sono registrate segnalazioni di whistleblowing tra i dipendenti dell'Azienda, ma n. 4 segnalazioni, in forma anonima, provenienti da soggetti esterni (il numero si attesta su quello del 2017).

In materia di whistleblowing, l'Azienda, in conformità alle specifiche Linee Guida ANAC di cui alla determinazione n. 6 del 28.04.2015 ed alle disposizioni regionali di cui alla DGR X/4878 del 07.03.2016, con deliberazione n. 157 del 05.05.2016 ha approvato il proprio regolamento dal titolo "*Disciplina delle misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti*" e relativi allegati:

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





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

Quanto al sistema informatizzato per la gestione delle segnalazioni di whistleblowing, con l'intento di estendere nel 2019, se compatibile, il software messo a disposizione degli Enti del SSR da Regione Lombardia, atto a garantire una maggiore tutela e segretezza dell'identità del segnalante, dal 2014 è attivo un canale informatizzato dotato di casella di posta elettronica direttamente ed esclusivamente collegata al Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza ([trasparenzaeanticorrruzione@asst-pini-cto.it](mailto:trasparenzaeanticorrruzione@asst-pini-cto.it)) al quale i dipendenti possono inviare la denuncia - in forma riservata – per fatti illeciti di stampo corruttivo riscontrati in ambito aziendale.

Parallelamente all'utilizzo degli appositi canali interni (predisposti in via principale per la prevenzione e neutralizzazione di fenomeni di condotte illecite) - il pubblico dipendente può comunque rivolgersi direttamente all'ANAC che ha istituito ed implementato negli anni uno specifico protocollo riservato al fine di garantire la necessaria tutela del pubblico.

Si ricorda infine, la normativa di cui alla Legge 30 novembre 2017, n. 179, modificativa dell'art.54 bis del D.Lgs 165/2001, che, in materia di whistleblowing, ha rafforzato la tutela e segretezza dell'identità del segnalante che non potrà più essere sanzionato o licenziato, nè trasferito o demansionato, a condizione che risulti in buona fede; nonché il ruolo di Anac che, una volta accertata la responsabilità per atti discriminatori nei confronti del whistleblower, può sanzionare l'Ente di appartenenza.

#### **d) Incarichi extra-istituzionali**

Con riferimento alla disciplina degli incarichi extraistituzionali affidati ai sensi dell'art.53 del D.Lgs. 165/2001, con deliberazione n. 611 del 14.12.2017 è stato adottato specifico Regolamento aziendale che ha recepito le indicazioni ARAC di cui ai pareri del 14.09.2017 e del 25.10.2017, in tema di sussistenza di potenziali conflitti di interessi e di assoggettamento a regime autorizzatorio degli incarichi, anche a titolo gratuito, che si sostanziano nella partecipazione, in qualità di relatore/moderatore/docente in attività di



tipo scientifico/convegnistico organizzate e/o sponsorizzate da società o persone fisiche che svolgono attività d'impresa o commerciale, in particolar modo se risultanti fornitrici dell'Azienda.

Il predetto regolamento, nei suoi punti salienti:

- individua i casi di incompatibilità e di conflitto di interessi, anche potenziali;
- distingue gli incarichi extraistituzionali soggetti ad autorizzazione preventiva da quelli esercitabili solo previa comunicazione scritta;
- assoggetta a regime autorizzatorio e non già a comunicazione preventiva gli incarichi di cui all'art. 53, comma 6, lett. c) *“partecipazione a convegni e seminari”* dei dipendenti, in qualità di relatori/docenti/moderatori organizzati e/o sponsorizzati da provider o da società che svolgono attività di impresa o commerciale in favore dell'Azienda;

Il processo “Incarichi extraistituzionali” continuerà ad essere mappato tra le misure generali del PTPC 2019-2021, attenzionato nell'ambito delle verifiche di cui al Piano di Audit 2019; ciò al fine di poter monitorare il sistema delle interrelazioni interprofessionali ed interistituzionali di cui è connotata l'organizzazione sanitaria.

#### **e) Disciplina sul conflitto di interesse e sulle incompatibilità/inconferibilità**

In virtù dell'art. 6-bis della legge n. 241/1990, delle disposizioni previste nel Codice di Comportamento Nazionale e di quelle contenute nel Codice di Comportamento dell'Azienda (art.4), il dipendente è tenuto ad astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività (compresa l'elaborazione di atti e pareri) che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di crediti o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente è tenuto ad astenersi in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.



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

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

Qualora il conflitto riguardi il Dirigente medesimo, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

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

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

In particolare, l'ANAC con propria delibera n. 149 del 22 dicembre 2014, ha chiarito l'ambito di applicazione del predetto Decreto con riguardo al Settore Sanitario, disponendo che le ipotesi di inconferibilità o incompatibilità devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Socio Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore agli artt. 5, 8, 10 e 14 del predetto D.Lgs.n. 39/2013

Il *Management* aziendale, all'atto del conferimento dell'incarico sottoscrive una dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità che deve aggiornare annualmente (entro il 31 dicembre di ogni anno) nel corso del mandato.

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

Tra gli strumenti di contrasto a potenziali eventi di rischio corruttivo tesi a disciplinare ipotesi di conflitto di interesse, l'Azienda ha introdotto la *Dichiarazione Pubblica di Interessi* e la modulistica, in autocertificazione, di insussistenza di situazioni di incompatibilità/inconferibilità al fine di rendere conoscibili le relazioni e/o gli interessi



coinvolgenti i professionisti sanitari e i terzi operatori nell'ambito della farmaceutica, protesica ed altre tecnologie.

A tal riguardo, anche nel 2019 sarà richiesta sia la compilazione on line della *Dichiarazione Pubblica di Interessi* da parte dei Direttori di Struttura Complessa, Dirigenti di Struttura Semplice, e Responsabili con poteri decisionali sia la sottoscrizione della Dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità/inconferibilità resa dal personale dirigenziale anche ai fini del soddisfacimento di requisiti di accreditamento strutturale ed organizzativo dell'ASST.

L'attuazione di tali misure sarà valutabile ai fini della performance individuale ed organizzativa.

#### **f) Monitoraggio dei tempi procedurali**

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

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

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

#### **g) Rotazione del personale**

La rotazione ordinaria del personale è una misura di prevenzione della corruzione esplicitamente prevista dalla L. n.190/2012 (art. 1, co. 4, lett. e), co. 5, lett. b), co. 10, lett. b), sulla quale l'Autorità si è soffermata anche nel PNA 2018, per il rilievo che essa può



avere nel limitare fenomeni di “*mala gestio*” e corruzione, invitando le Amministrazioni Pubbliche a tener conto della misura della rotazione anche in via complementare con altre misure.

L’Azienda, considerando la rotazione quale misura organizzativa 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, ha evidenziato già nei precedenti Piani la criticità dell’applicazione in ambito sanitario e, nel caso specifico, in un ospedale monospecialistico, in ragione delle competenze specifiche del personale sanitario.

Nel PTPC 2018 - 2010, l’Azienda aveva ipotizzato la rotazione cd. ordinaria, solo in previsione del completamento del processo di riorganizzazione strutturale in corso attuata secondo il POAS 2016-2018.

Con deliberazione n. 2 dell’11.01.2019, a consolidamento degli interventi di riorganizzazione aziendale, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, la Direzione Strategica ha adottato il Piano di rotazione destinato, in fase iniziale, al personale dell’Area Amministrativa, secondo quanto previsto nella Relazione programmatica anno 2019, con espressa riserva di estensione al personale sanitario nel corso del 2019.

#### **h) Pantouflage**

L’art. 53, comma 16 ter, D.Lgs. n. 165/2001 stabilisce il divieto, per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo), per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro (per qualsiasi causa, compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), presso i soggetti privati destinatari dell’attività svolta attraverso i medesimi poteri.

Tale norma prevede, quindi, una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto, al fine di eliminare la “convenienza” di accordi fraudolenti ed evitare condizionamenti nell’esercizio di pubbliche funzioni.



Come chiarito da ultimo dalla delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018 di aggiornamento del PNA 2018 la norma ricomprende non solo i dipendenti a tempo indeterminato, ma anche i soggetti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o autonomo (cfr. parere ANAC AG/2 del 4 febbraio 2015).

In riferimento all'ambito di applicazione i soggetti interessati sono coloro che, per il ruolo e la posizione ricoperti in Azienda, hanno esercitato poteri negoziali o decisionali in uno specifico procedimento o atto. In questa categoria di soggetti rientra il dirigente ma anche il dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni), che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione (cfr. parere ANAC sulla normativa AG 74 del 21 ottobre 2015 e orientamento n. 24/2015).

Pertanto la norma si applica a tutti i dirigenti e funzionari, ivi inclusi i titolari di incarichi di funzione (già posizioni organizzative ed incarichi di coordinamento).

La norma prevede, inoltre, delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto, comportando la nullità dei contratti di lavoro dipendente e degli incarichi di lavoro autonomo stipulati in violazione del divieto nonché sanzioni sui soggetti trasgressori.

Nello specifico:

- a) per i soggetti privati che hanno stipulato contratti di lavoro dipendente o conferito incarichi di lavoro autonomo in violazione del divieto: l'immediata esclusione dalla procedura di affidamento e divieto di contrattare con l'Azienda di provenienza dell'ex dipendente/lavoratore autonomo per i tre anni successivi ed eventuale azione risarcitoria per gli eventuali danni subiti dall'ASST.
- b) per gli ex dipendenti/lavoratori autonomi dell'Azienda che hanno stipulato contratti di lavoro dipendente o incarichi di lavoro autonomo in violazione del divieto: l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti ed eventuale azione risarcitoria per gli eventuali danni subiti dall'ASST.



Al fine di dare attuazione alla predetta normativa, l'ASST ha previsto le seguenti misure:

- previsione, nei contratti di assunzione del personale dirigenziale e del personale del Comparto titolari di incarichi di funzione (già posizioni organizzative ed incarichi di coordinamento), a tempo indeterminato e determinato - anche con rapporto di lavoro autonomo, della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo), per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente/lavoratore autonomo;
  - inserimento nei prototipi di domanda di dimissione dal servizio (compresi i casi di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione) di apposita dichiarazione con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di pantouflage;
  - inserimento, nella domanda di partecipazione alle procedure di gara presentata dall'operatore economico, del requisito generale di non aver stipulato contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti ed ex lavoratori autonomi dell'ASST che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'ASST, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto, pena l'immediata esclusione dell'operatore economico dalla procedura di affidamento e l'impossibilità per lo stesso di contrattare con l'ASST per i successivi tre anni; con esperimento di azione risarcitoria nei confronti dell'operatore economico per gli eventuali danni subiti dall'ASST.
- Chi venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, è tenuto a segnalare detta violazione all'UOC Organizzazione Risorse Umane che effettuate le dovute verifiche ed accertata la violazione, lo comunicherà al RPCT affinché questi possa comunicarlo all'ANAC ed eventualmente al soggetto privato.

**i) Formazione** (cfr. successivo paragrafo 6)





## **5. IL COORDINAMENTO TRA PTPC, PIANO DELLA PERFORMANCE E GLI ALTRI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE**

Il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza deve coordinarsi con gli altri strumenti di pianificazione e controllo, già in essere al fine di realizzare quel “ciclo integrato” che assicuri il miglioramento dell’organizzazione del sistema aziendale, in termini di efficacia, economicità tegrando così la logica economico-finanziaria con le attività sanitarie, vale a dire:

- a) Il Piano della Performance (artt. 7-10 del D.Lgs. 150/2009)
- b) Il Piano di Audit (L. R. n. 17 del 4.6.2014 - DGR X/2989 del 23.12.2014)
- c) il Programma Integrato di Miglioramento dell’Organizzazione (P.I.M.O.) di cui alla DGR X/2989 del 23.12.2014 - D.G.R. X/3652 del 05.06.2015 - DGR XI 1046 del 17.12.2018).

### **a) Il Piano della Performance**

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

L’interazione e, ove possibile, la condivisione operativa, tra tutte le strutture aziendali che si occupano di processi, programmazione e monitoraggio è fondamentale per limitare le aree grigie e i con i con d’ombra dei procedimenti e dei processi produttivi aziendali. L’attenzione posta dai Dirigenti e dai Responsabili alle problematiche di prevenzione della Corruzione è a tutti gli effetti indicatore dell’attenzione posta alla qualità organizzativa e al presidio dei processi.

Nel nuovo piano della prevenzione della corruzione sono individuate le misure di prevenzione che si raccordano con il Piano della Performance, ciò al fine di rendere oggetto di valutazione le azioni individuate come preventive della corruzione per ogni articolazione aziendale.



Nella scheda di programmazione - ALL. 1 del Piano, sono stati esplicitati ed evidenziati in colore celeste, i collegamenti realizzabili tra le misure di prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance organizzativi e individuali.

Per l'anno 2019, misure di prevenzione della corruzione come la formazione obbligatoria in materia di anticorruzione, gli obblighi di trasparenza, continueranno ad essere valutate ai fini della performance.

In relazione all'Area Sanitaria gli obiettivi di performance riguarderanno le buone pratiche per prevenire il conflitto di interessi, la prescrizione di farmaci, il rispetto delle procedure di acquisizione di dispositivi protesici, dei termini qualitativi e quantitativi per l'esercizio della libera professione, la corretta applicazione delle priorità di accesso alle prestazioni (liste di attesa), ecc..

Il raggiungimento di questi specifici obiettivi aventi riflesso anche sotto il profilo della prevenzione/contrasto alla corruzione, oggetto di valutazione della performance organizzativa e individuale, sarà rendicontato nella relazione sulla performance che attesterà, rispetto agli obiettivi programmati, eventuali scostamenti.

#### **b) Il Piano di Audit**

Tra gli adempimenti dell'IA, volto a garantire un monitoraggio dei rischi adeguato, vi è la pianificazione annuale delle attività di audit.

In considerazione della coincidenza del ruolo di Responsabile IA (RIA) con quello dell'Anticorruzione, le attività di audit pianificate, comprendono, in prevalenza, gli aspetti inerenti l'applicazione delle misure anticorruzione.

#### **c) Il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO)**

Rientra all'interno del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione previsto da Regione Lombardia, da ultimo con DGR XI/1046 del 17.12.2018, che unitamente ad altri strumenti, integrati tra loro, sono inclusi nell'AREA VALUTAZIONE e riguardano prioritariamente la qualità delle cure erogate.



## 6. TRASPARENZA

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

Il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 recante *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza”* (“Decreto Madia”), ha apportato alcune modifiche ai primi 14 commi della Legge anticorruzione 190/2012 e al Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Decreto Trasparenza”, introducendo nel nostro ordinamento l'**accesso generalizzato** ai dati e ai documenti detenuti dalle PA, sul modello del Freedom of Information Act (FOIA) di origine anglosassone.

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

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

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

La presente sezione del Piano è stata predisposta tenendo conto dell'attivazione a partire dal mese di novembre 2018 del nuovo sito web ASST Pini-CTO.

Il nuovo sito internet istituzionale è frutto di un impegno congiunto, sotto il coordinamento dell'Ufficio Comunicazione, tra tutti i Responsabili delle Aree interessate ed ha portato alla costituzione di team di pubblicatori web, appositamente formati, ai fini del costante



aggiornamento degli obblighi in materia di trasparenza attraverso la pubblicazione dei dati e/o informazioni nella sezione “Amministrazione Trasparente” dello stesso sito aziendale.

Per l’anno 2019 continuerà il monitoraggio delle richieste di accesso documentale, accesso civico e generalizzato, attraverso l’aggiornamento semestrale del Registro degli accessi pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente.

Ai sensi di quanto previsto dall’art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, i flussi per la pubblicazione dei dati e l’individuazione dei Dirigenti responsabili dell’elaborazione e pubblicazione dei dati sono rappresentati nella tabella - Allegato 2 del presente Piano.

La tabella riporta i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, la Unità Operativa ed il Dirigente cui compete l’elaborazione e la conseguente pubblicazione dei dati/informazioni.

Il RPCT conserva il ruolo di regia, coordinamento e monitoraggio sull’effettiva pubblicazione.

L’adempimento degli obblighi di pubblicazione è certificata annualmente dall’Organismo Indipendente di Valutazione aziendale, in ottemperanza alle specifiche Delibere ANAC, da ultimo alla Delibera n. 141 del 21.02.2018.

## **6.1 ACCESSO CIVICO SEMPLICE E ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO**

Per *accesso civico semplice* si intende il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni e dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente (art. 5, d.lgs. 33/2103) nei casi in cui l’Azienda ne abbia omissso la pubblicazione sul proprio sito web istituzionale.

La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al Responsabile della trasparenza dell’Azienda, secondo il modulo di richiesta pubblicato nella sezione “Amministrazione trasparente” sottosezione “Altri contenuti - accesso civico”.

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



Anche il modulo dell'istanza al titolare del potere sostitutivo è disponibile nella sottosezione "Altri contenuti - accesso civico".

Le richieste di accesso civico e quelle di sollecitazione del potere sostitutivo, in caso di ritardo o mancata risposta da parte del Responsabile della Trasparenza, possono essere inviate all'indirizzo: [trasparenzaeanticorruzione@asst-pini-cto.it](mailto:trasparenzaeanticorruzione@asst-pini-cto.it).

L'istituto giuridico disciplinato all'articolo 5-bis del medesimo D.Lgs. 33/2013, denominato *accesso civico generalizzato*, introdotto dal D. Lgs 25 maggio 2016 n. 97, si differenzia dal diritto di accesso *c.d. documentale*, disciplinato dalla Legge n. 241/90, in quanto, riconosce a tutti i cittadini, indistintamente, il diritto di chiedere ed ottenere che le PP.AA. pubblicino atti, documenti ed informazioni che detengono a qualsiasi titolo, e che, per qualsiasi motivo, non abbiano pubblicato sul proprio sito; fatto salvo il rispetto di alcuni limiti inderogabili indicati sempre nell'art.5 bis del riformulato D.Lgs. 33/13, rappresentati dalla tutela degli interessi pubblici e dalla tutela di una serie di interessi privati.

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

- a) all'Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- b) all'Ufficio Relazioni con il pubblico;
- c) ad altro ufficio indicato dall'Amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale;
- d) al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. n. 97/2016.

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



Con deliberazione n.610 del 14.12.2017, l'Azienda ha provveduto all'adozione di specifico regolamento dettando una disciplina sulle tre diverse tipologie di accesso ed indicandone i rispettivi limiti di applicazione.

In particolare, il regolamento prevede:

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

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

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

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

Il predetto regolamento attribuisce alla UOC Affari Generali, Istituzionali e Legali la competenza a gestire le richieste di accesso civico generalizzato coerentemente con le indicazioni di cui alle Linee Guida ANAC n. 1309/2016.

La predetta UOC assegna ai singoli Uffici le richieste di accesso sulla base della specifica competenza onde consentire l'istruttoria e la trasmissione dei riscontri agli istanti.

Infine provvede a redigere il registro degli accessi, tenuto conto delle tre sezioni sull'accesso generalizzato, accesso civico e accesso documentale ex. Legge n. 241/1990 e s.m.i. e a pubblicarlo nella sezione Amministrazione Trasparente, a cadenza semestrale.

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



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

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

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento.

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