

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Monza

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

integrato con il

PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'

(periodo temporale di riferimento: 2016-2018)

Edizione 2016

Approvato con deliberazione n. 12 del 26.1.2016

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza
sede legale

20900 Monza MB - Via G. Pergolesi, 33 - Tel.039.233.1 Fax 039.233.9775 - www.asst-monza.it P.IVA 09314290967 C.F. 09314290967

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE *integrato con il*
PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' (*periodo temporale di*
***referimento: 2016-2018*) - Edizione 2016**

INDICE

| | |
|---|----------------|
| PREMESSA | <i>pag. 3</i> |
| SEZIONE 1 - <i>IL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO</i> | <i>pag. 5</i> |
| SEZIONE 2 - <i>IL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELLA ASST DI MONZA</i> | <i>pag. 8</i> |
| SEZIONE 3 - <i>L'ANALISI DEL CONTESTO, LA MAPPATURA DEI PROCESSI, LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO, IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO</i> | <i>pag. 17</i> |
| SEZIONE 4 - <i>PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'</i> | <i>pag. 47</i> |
| SEZIONE 5 - <i>COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE</i> | <i>pag. 50</i> |
| DISPOSIZIONI FINALI | <i>pag. 51</i> |

PREMESSA

Con la legge 6.9.2012, n. 190 sono state approvate le *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’integrità nella pubblica amministrazione”*.

La legge n. 190/2012 prevede alcuni obblighi a carico della pubblica amministrazione, tra i quali, ai sensi dell’art. 1, comma 5, lettere a), e comma 8), l’adozione e l’aggiornamento del piano triennale di prevenzione della corruzione (di seguito P.T.P.C.).

Con deliberazione n. 72/2013 della CIVIT -Commissione Indipendente per la Valutazione, Trasparenza e Integrità delle Amministrazioni pubbliche- (oggi ANAC) è stato approvato il Piano Nazionale Anticorruzione (di seguito P.N.A.), il quale detta i contenuti del P.T.P.C. che le Pubbliche Amministrazioni destinatarie degli obblighi derivanti dalla legge n. 190/2012 devono adottare.

Con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, l’ANAC ha fornito *“indicazioni integrative e chiarimenti rispetto al PNA approvato con delibera 11 settembre 2013 n.72”* (v. *Premesse pag. 3 del documento in parola*). L’aggiornamento si è reso necessario all’esito di una valutazione condotta dall’ANAC su un campione significativo di PTPC conclusasi nel 2015 in cui sono state rilevate criticità a cui l’Autorità intende porre rimedio attraverso la formulazione delle suddette indicazioni. L’aggiornamento risponde anche all’esigenza di adeguare il PTPC alla luce degli interventi normativi che hanno fortemente inciso sul sistema di prevenzione della corruzione a livello istituzionale (v. in particolare, Decreto Legge 24 giugno 2014, n.90 convertito nella Legge 11 agosto 2014, n.114 con cui è stato disposto il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica all’ANAC).

Da segnalare, inoltre, l’entrata in vigore della L. 7 agosto 2015, n. 124 contenente *“Deleghe al governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”* il cui art. 7 attribuisce delega al Governo ad adottare entro 6 mesi dall’entrata in vigore della legge (28 agosto 2015) uno o più decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive del D. Lgs. 14 marzo 2013, n.33 in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei principi e criteri direttivi stabiliti dall’art. 1, comma 35 della legge 6 novembre 2012, n.190, nonché di una serie di ulteriori principi e criteri direttivi stabiliti dalla norma tra cui la *“ precisazione dei contenuti e del procedimento di adozione del Piano nazionale anticorruzione, dei piani di prevenzione della corruzione e della relazione annuale del responsabile della prevenzione della corruzione , anche attraverso la modifica della relativa disciplina legislativa , anche ai fini della maggiore efficacia dei controlli in fase di attuazione , della differenziazione per settori e dimensioni, del coordinamento con gli strumenti di misurazione e valutazione delle performance nonché dell’individuazione dei principali rischi e dei relativi rimedi; conseguente ridefinizione dei ruoli, dei poteri e delle responsabilità dei soggetti interni che intervengono nei relativi processi”* (art.7, comma 1, lett. d) L.124/2015).

In conseguenza dell’emanazione della legge delega, la determinazione n. 12 del 2015 dell’ANAC non solo detta linee guida che già recepiscono alcune indicazioni contenute nell’art. 7 precitato, ma espressamente stabilisce che a seguito della entrata in vigore della nuova disciplina del processo di approvazione del PNA, *“sarà necessario adottare un nuovo PNA con validità per il successivo triennio 2016-2018. Nelle more i soggetti tenuti all’adozione del PTPC avranno cura di applicare, per la formazione dei propri strumenti di*

prevenzione per il 2016, il PNA, alla luce dei suggerimenti e delle integrazioni contenute nel presente Aggiornamento.

Il presente strumento preventivo risulta redatto in ossequio delle disposizioni normative e delle indicazioni che promanano dall'Anac.

SEZIONE 1

Il nuovo assetto organizzativo

L'11 agosto 2015 è stata approvata la legge regionale di riforma del servizio socio-sanitario lombardo -n. 23 del 11 agosto 2015-, che è entrata in vigore con la pubblicazione sul supplemento del Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. 33 del 14 agosto 2015.

La riforma, divisa in due parti (Sanità e Sociale), punta in particolare a realizzare servizi migliori con minori costi e con una riduzione del carico fiscale per i contribuenti.

L'art. 2 della predetta legge ha demandato alla Giunta regionale l'approvazione delle deliberazioni costitutive delle ATS (Aziende di tutela della salute) e delle ASST (Aziende socio sanitarie territoriali), regolando contestualmente la fase di transizione, con particolare riguardo alla definizione dei nuovi assetti organizzativi e dei procedimenti in corso, alla nomina degli organi, al subentro nei rapporti giuridici, all'assegnazione anche in via provvisoria di funzioni, di beni e di risorse umane, ai debiti informativi e alle gestioni liquidatorie, in modo che sia garantita la continuità nello svolgimento delle funzioni e nell'erogazione delle prestazioni.

Inoltre:

- l'art. 6 della citata l.r. n. 33/2009, così come emendato dalla l.r. n. 23/2015 prevede che *“sono istituite le agenzie di tutela della salute, denominate ATS, come da allegato 1 che costituisce parte integrante della presente legge”*: Tali enti sono dotati di *“personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica”*. Tali enti *“concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona”*;
- l'art. 7 della citata l.r. n. 33/2009, così come emendato dalla l.r. n. 23/2015 prevede che *“sono istituite le aziende socio sanitarie territoriali, di seguito denominate ASST, come da allegato 1”*;
- in conformità al disposto della citata l.r. n. 33/2009, le ATS e le ASST sono enti dotati di *“personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica”*;
- in particolare le ASST *“concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona”*.

Premesso quanto sopra, con D.G.R. n. X/4485 del 10.12.2015 è stata costituita, a partire dall'1 gennaio 2016, l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Monza avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con sede legale in Monza, Via Giambattista

Pergolesi, 33, così come individuata nell'assetto accreditato, risultante dai sistemi ASAN e AFAM e di seguito riportato:

| | |
|---|------------------|
| Ospedale S. Gerardo di Monza | Monza |
| "Ospedale di Circolo" Desio | Desio |
| Poliambulatorio | Brugherio |
| Poliambulatorio | Cesano Maderno |
| Poliambulatorio di Monza (c/o Vecchio Ospedale) | Monza |
| Poliambulatorio | Nova Milanese |
| Poliambulatorio territoriale Limbiate | Limbiate |
| Centro polivalente per giovani policonsumatori | Monza |
| Centro trattamento tabagismo | Monza |
| Consultorio familiare pubblico | Bovisio Masciago |
| Consultorio familiare pubblico | Brugherio |
| Consultorio familiare pubblico | Cesano Maderno |
| Consultorio familiare pubblico | Desio |
| Consultorio familiare pubblico | Limbiate |
| Consultorio familiare pubblico Boito Monza | Monza |
| Consultorio familiare pubblico Monza | Monza |
| Consultorio familiare pubblico | Muggiò |
| Consultorio familiare pubblico | Nova Milanese |
| Consultorio familiare pubblico | Varedo |
| Consultorio familiare pubblico | Villasanta |
| NOA Monza | Monza |
| RSD Beato Papa Giovanni XXIII | Limbiate |
| SER.T. Limbiate | Limbiate |
| SER.T. Monza | Monza |
| Gruppo operativo carcere | Monza |
| Centro diurno di psichiatria "Aquarius" | Limbiate |
| Centro diurno di psichiatria Corveri "ospedaliero" | Limbiate |
| Centro residenziale di psichiatria Corveri Nucleo "Montessori" | Limbiate |
| Centro residenziale di psichiatria Corveri Nucleo "Mingazzini" | Limbiate |
| Centro residenziale di psichiatria Corveri Nucleo "Ospedaliero" | Limbiate |

In tal senso la ASST di Monza è subentrata nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alla conferita A.O. S. Gerardo di Monza, all'A.O. di Desio e Vimercate, alla A.S.L. di Monza e Brianza e alla ASL Milano 1, relativamente e limitatamente alle strutture afferite.

Le attività delle strutture nella fase di transizione, per il periodo 1.1.2016-31.12.2016 sono state disciplinate dai seguenti protocolli sottoscritti da Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza, Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate e ASL di Monza e Brianza:

1. protocollo per la gestione operativa documentale e di protocollazione sottoscritto il 18.12.2015;
2. protocollo disciplinante la gestione operativa del personale dipendente nell'anno 2016 -Prime determinazioni- sottoscritto il 18.12.2015;
3. protocollo per la gestione dei contratti di assicurazione dei sinistri e del relativo contenzioso sottoscritto il 30.12.2015.

Con D.G.R. n. X/4642 del 19.12.2015 “Attuazione L.R. 23/2015: Determinazioni in ordine alla Direzione dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Monza” il Dott. Matteo Stocco è stato nominato quale Direttore Generale dell’ASST di Monza, d’intesa con il Rettore dell’Università degli Studi di Milano-Bicocca, ai sensi di quanto previsto dall’art. 12, comma 1, della L.R. n. 33/2009, così come modificato, dal ultimo, della legge regionale in quanto l’Azienda Ospedaliera San Gerardo è sede del Polo Universitario della Scuola di Medicina e Chirurgia di tale Ateneo, con decorrenza dalla data dell’1.1.2016 fino al 31.12.2018.

Il documento con il quale sarà definita ed aggiornata la struttura organizzativa dell’ASST di Monza è il POAS (piano di organizzazione aziendale strategico) che ha funzione programmatica e costituisce l’elemento fondamentale non solo per identificare l’assetto organizzativo-funzionale ma anche per definire e diffondere le linee di indirizzo trasversali che la Direzione ritiene debbano costituire l’asse portante del miglioramento verso una sempre maggior efficienza ed efficacia dei servizi socio-sanitari erogati alla popolazione.

Il POAS, la cui adozione è rimandata a prossime disposizioni regionali, sarà consultabile e scaricabile dal sito web aziendale sezione “*Amministrazione Trasparente*” sotto-sezione di primo livello, “*Organizzazione*” sotto sezione di secondo livello “*Articolazione degli uffici*”.

SEZIONE 2

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione della ASST di Monza

Il P.T.P.C. 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 feed back ottenuto dalla loro applicazione.

Il P.T.P.C è concepito in una logica di essenzialità, coinvolgimento e condivisione preventiva con i referenti individuati all'interno dell'azienda, delle azioni da mettere in campo per rafforzare la cultura e la prassi dell'integrità.

Nella consapevolezza di proseguire un percorso complesso, si è determinato di procedere con una logica di gradualità evitando di anticipare azioni di scarsa probabilità di realizzazione allo stato attuale.

Il P.T.P.C 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.

Si evidenzia, altresì, che la *ratio* della L. n. 190/2012 è volta all'adozione di strumenti idonei a prevenire condotte illecite nella gestione degli interessi pubblici; in tale ambito, l'attività preventiva deve incentrarsi non solo unicamente sui reati di corruzione, bensì su tutti i delitti contro l'Amministrazione, previsti dal Titolo II del Libro II del Codice penale e, in particolare, su quelli del Capo I proprio dei pubblici ufficiali (artt. 314 - 315 bis) e di quelli del Capo II dei privati (art. 336 - 356).

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

- 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;
- 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.).

Tuttavia la determinazione n.12 del 28 ottobre 2015 dell'ANAC conferma la nozione assai più ampia di "**corruzione**", considerata nel PNA, 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"* (la sottolineatura è nel testo dell'ANAC). 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"*.

L'Azienda, al fine di garantire quanto previsto dalla Legge n. 190/2012, include espressamente nel presente P.T.P.C. anche i reati contro la fede pubblica e in particolare i delitti di falsità in atti di cui al Capo III del Titolo VII del Codice Penale, dei quali sono di seguito indicati i più rilevanti, applicabili anche ai documenti informatici (art. 491-bis c.p.).

- 22) Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici, in certificati o autorizzazioni amministrative, in copie autentiche di atti pubblici o privati e in attestati del contenuto di atti (artt. 476, 477, 478 c.p.);
- 23) Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici, in certificati o in autorizzazioni amministrative, o commessa in certificato da persone esercenti un servizio di pubblica necessità (artt. 479, 480, 481 c.p.);

Infine, si ritiene opportuno includere nel presente P.T.P.C. altre fattispecie di reato, non strettamente identificabili nell'ambito di applicazione della Legge n. 190/2012, ampliando così discrezionalmente i confini di prevenzione:

- 24) Abusivo esercizio di una professione (art. 348 c.p.);
- 25) Rivelazione di segreto professionale (art. 622 c.p.).

Non ritenendo di scindere la **TRASPARENZA**, intesa come completezza, chiarezza ed accessibilità delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività della P.A., dalle attività volte alla prevenzione della corruzione, il relativo programma triennale costituirà, come anche suggerito dalla circolare 1 del 25/01/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di Legge 190/12 e dal D. Lgs. 33/2013, una Sezione apposita del presente Piano (vedi. Sezione 4).

Al fine di assicurare azioni strategiche e la realizzazione degli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, è stato previsto un sistema organizzativo che sino al 31.12.2015 ha fatto capo all'Azienda Ospedaliera San Gerardo e alle strutture afferite delle A.O. di Desio e Vimercate e della ASL di Monza e Brianza di cui all'elenco riportato nella Sezione 1. Tuttavia a seguito dell'entrata in vigore della L.R. 23/2015 e s.m.i. (L.R. n. 41 del 22 dicembre 2015), come già ricordato nella Sezione 1, sono state costituite le nuove ASST e ATS. La nuova ASST di Monza si configura:

- come successore a titolo universale della incorporata Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza operando in sostanziale continuità amministrativa con quest'ultima;
- come successore a titolo particolare nei rapporti attivi e passivi rientranti nel perimetro dei rami d'azienda oggetto di scissione per incorporazione derivanti dalla A.O. di Vimercate (in particolare del Presidio Ospedaliero di Desio) e dalle diverse strutture territoriali afferite dalla ASL di Monza e Brianza.

Pertanto, il presente PTPC 2016-18 recepisce i principi di continuità con:

- il PNA e il relativo aggiornamento 2015, (Determinazione n. 12/2015, ANAC);
- il PTPC 2015-2017 approvato dall'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza conferita nella ASST di Monza con decorrenza 1.1.2016, le analisi dei rischi delle strutture afferite realizzate dagli enti di provenienza, ove esistenti.

Nel corso del 2016 le Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario 2016, approvate con DGR del 29 dicembre 2015, n. X/4702, stabiliscono che saranno adottate apposite linee guida per la redazione dei nuovi Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS) che ridisegneranno l'assetto organizzativo/funzionale delle ASST.

In particolare nel POAS è contenuto il modello organizzativo della ASST, le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del suo funzionamento (cfr art. 17 della l.r. n. 33/2009 così come sostituito dall'art.1, lett. w) l.r. n. 23/2015).

Fino all'adozione del nuovo assetto organico/funzionale in virtù del principio della necessaria continuità aziendale restano validi gli assetti organizzativi preesistenti degli enti incorporati e delle strutture conferite.

Restano, quindi, confermate le analisi dei rischi effettuate in attuazione dei Piani Triennali approvati dall'Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza con decreto n. 62 del n. 29 gennaio 2015 e le analisi dei rischi relative alle aree di rischio individuate nell'ambito delle strutture afferite ed elencate nel Piano Triennale per la prevenzione della corruzione approvato dall'ASL MB con deliberazione n.28 del 27 gennaio 2015.

Si fa presente che il Piano della Prevenzione e Corruzione approvato dall'A.O. di Vimercate con deliberazione n.51 del 28 gennaio 2015 non contempla analisi dei rischi specificamente riferite alle strutture incorporate dalla ASST di Monza (in particolare P.O. di Desio), essendo le analisi incentrate sui Servizi Centrali.

Con decorrenza dal 19 giugno 2014, è stato nominato quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza l'avv. Maria Teresa Collico (nominato con deliberazione n. 89 del 19/6/2014), di seguito R.P.C.T., mentre il "Servizio Interno per la Trasparenza e l'Anticorruzione" (SITA) risulta composto dalla Sig.a Paola Somaschi e dott.

Diego Facchinetti dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, dal Responsabile dell'Ufficio Formazione, dott.ssa Amalia Vissa, dal Responsabile della S.S. Qualità e Accreditamento, Gestione del rischio clinico e controllo interno, dott.ssa Bianca Ricciardella, dal direttore del Servizio Informativo Aziendale (SIA), dalla dott.ssa Cinzia Ligrone, dall'avv. Tiziana Cibra dalla sig.a Mariagrazia Meroni (quest'ultima con funzioni di coordinamento) della S.S. Ufficio Legale.

Tra i compiti del R.P.C.T. 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 programma della trasparenza;
- l'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione previsti dalla stessa legge;
- la pubblicazione, entro il 31 dicembre di ogni anno, differito per il 2015 al 15 gennaio 2016, nel sito web dell'azienda, di una relazione recante i risultati dell'attività svolta e trasmissione della stessa relazione all'organo di indirizzo politico dell'azienda.

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 all'organo di indirizzo politico, all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), all'autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio di disciplina, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- provvedere all'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e integrità;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico;
- segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente:
 - all'Ufficio per i procedimenti disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
 - al vertice politico dell'amministrazione e all'OIV, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Il SITA ha il compito di affiancare e supportare il R.P.C.T., con il quale collabora costantemente, ne condivide le scelte strategiche e svolge un importante ruolo operativo per la realizzazione delle attività previste, oltre che di monitoraggio/controllo; si riunisce su richiesta del Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza.

Nel 2013 sono stati individuati i Referenti per la trasparenza e l'anticorruzione, dell'Azienda Ospedaliera di Monza il cui elenco è pubblicato nell'apposita sezione del sito internet aziendale denominata "*Amministrazione trasparente*". Nello specifico ogni Dirigente/Responsabile aziendale di ciascuna articolazione/U.O./Servizio, ha provveduto a nominare, tra i propri collaboratori, un "Referente per la trasparenza e l'anticorruzione", a cui compete la responsabilità di:

- procedere alla pubblicazione sul web di atti/documenti della propria struttura, secondo gli obblighi previsti dalla normativa vigente;
- curare i rapporti con il SITA;
- coordinare le attività di anticorruzione e trasparenza all'interno della struttura;
- monitorare l'adeguatezza dei protocolli e/o valutare la necessità di proporre modifiche ed azioni correttive, d'intesa con il Responsabile della Struttura ed il SITA.

In carenza di individuazione del referente, le relative responsabilità sono a carico del responsabile della Struttura/Servizio.

Sarà necessario, nel corso del 2016 rivedere detto elenco alla luce della costituzione della ASST di Monza, una volta stabilizzato l'assetto organico.

Il sistema, replicando la normativa vigente, implica tuttavia che non soltanto i soggetti suindicati partecipino all'attuazione dei P.T.P.C., bensì tutti i dipendenti dell'azienda, nonché tutti i collaboratori a qualsiasi titolo.

Tale organizzazione è prevista infatti anche nelle Linee guida inserite nel Piano Nazionale Anticorruzione per la stesura dei Piani delle singole Pubbliche Amministrazioni (vedasi allegato n. 1 P.N.A.).

In particolare i Dirigenti/Responsabili delle strutture a rischio di corruzione, hanno i seguenti obblighi (v. art. 44 del Codice etico e di comportamento di cui si tratterà infra):

- assicurare al R.P.T.C. il libero accesso a tutti gli atti dei rispettivi uffici;
- inoltrare al R.P.T.C. una tempestiva segnalazione di comportamenti del personale loro affidato che siano inquadrabili nell'ambito della corruzione. Le segnalazioni devono essere inoltrate esclusivamente tramite la posta elettronica aziendale utilizzando l'indirizzo soprariportato. I documenti allegati alla E-mail devono essere forniti in formato elettronico non modificabile (pdf o compatibile);
- rispondere al R.P.T.C. in merito a richieste estemporanee di informazione riguardanti atti o comportamenti inquadrabili nell'ambito della corruzione. Le comunicazioni di risposta devono essere fornite entro 10 giorni lavorativi dalla data della richiesta esclusivamente tramite la posta elettronica aziendale utilizzando l'indirizzo soprariportato. I documenti allegati alla E-mail devono essere forniti in formato elettronico non modificabile (pdf o compatibile).

Il Responsabile della prevenzione della corruzione accerta che chi denuncia -sia egli dipendente dell'Amministrazione (cfr. art. 54-bis del D. Lgs n. 165/2001) o altro soggetto che con essa intrattiene a qualsiasi titolo rapporti- all'autorità giudiziaria, alla Corte dei conti, ovvero riferisce al superiore gerarchico, al RUP, ai soggetti apicali dell'Amministrazione o all'O.d.V. 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.

Gli obblighi di informazione, comunicazione e partecipazione

I Dirigenti/Responsabili delle strutture a rischio di corruzione, hanno i seguenti obblighi, declinati in modo specifico nel Codice etico e di comportamento (v. infra), in particolare all'art. 44 e 48:

- assicurare al R.P.T.C. il libero accesso a tutti gli atti dei rispettivi uffici;
- inoltrare al R.P.T.C. una tempestiva segnalazione di comportamenti del personale loro affidato che siano inquadrabili nell'ambito della corruzione. Le segnalazioni devono essere inoltrate esclusivamente tramite la posta elettronica aziendale utilizzando l'indirizzo E-mail anticorruzione.trasparenza@hsgerardo.org. I documenti allegati alla E-mail devono essere forniti in formato elettronico non modificabile (pdf o compatibile);
- rispondere al R.P.T.C. in merito a richieste estemporanee di informazione riguardanti atti o comportamenti inquadrabili nell'ambito della corruzione. Le comunicazioni di risposta devono essere fornite entro 10 giorni lavorativi dalla data della richiesta esclusivamente tramite la posta elettronica aziendale utilizzando l'indirizzo Email anticorruzione.trasparenza@hsgerardo.org. I documenti allegati alla Email devono essere forniti in formato elettronico non modificabile (pdf o compatibile).

Nei confronti del responsabile della prevenzione sono comunque indirizzati, tra l'altro, i flussi informativi costituiti dalle segnalazioni indirizzate alla Direzione Strategica e/o all'Ufficio Relazioni con il pubblico e/o all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari che possano configurarsi come ipotesi di reato già consumato o non ancora giunto a consumazione, affinché la Direzione Strategica impedisca il compimento dell'azione o la realizzazione dell'evento.

Il R.P.C.T. accerta che chi denuncia (sia egli dipendente dell'Amministrazione cfr. art. 54-bis del D. Lgs n. 165/2001- o altro soggetto che con essa intrattiene a qualsiasi titolo rapporti) all'autorità giudiziaria, alla Corte dei conti, ovvero riferisce 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.

Le segnalazioni spontanee

Tutti i dipendenti dell'Azienda sono liberi di inoltrare al Responsabile della prevenzione della corruzione segnalazioni di comportamenti inquadrabili nell'ambito della corruzione. Le segnalazioni possono essere inoltrate anche tramite la posta elettronica utilizzando l'indirizzo anticorruzione.trasparenza@hsgerardo.org. Eventuali documenti allegati alla Email devono essere forniti in formato elettronico non modificabile (pdf o compatibile).

In ottemperanza a quanto previsto dall'art.1 comma 51 della Legge n. 190 del 06/11/2012, e dall'art. 68 del Codice etico e di comportamento (v.infra), l'Azienda tutela il dipendente pubblico che segnala illeciti.

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei dipendenti dell'Azienda, verranno adottate tutte le misure atte a migliorare un comportamento organizzativo trasparente affinché siano in primo luogo i dipendenti ad assicurare la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il

rispetto dei doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico e per le segnalazioni di illecito (c.d. *whistleblower*) disciplinate dall'art. 54 *bis* del D. Lgs. 165/2001, aggiunto dall'art. 1, c. 51 della Legge 190/2012.

Come previsto dalla L. 190/2012, art. 1, c. 51 "*Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*", l'Azienda deve rendere disponibili strumenti che consentano la segnalazione di situazioni di illecito avendo cura di offrire opportune garanzie circa l'anonimato del segnalante.

Il *whistleblower* è chi testimonia un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza, se possibile tempestiva, di problemi o pericoli all'ente di appartenenza o alla comunità.

Il *whistleblowing* consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte a incentivare e proteggere tali segnalazioni.

Il *whistleblowing* non riguarda le lamentele di carattere personale del segnalante, solitamente disciplinate da altre procedure.

Per garantire tempestività di azione ed evitare la "*fuoriuscita*" incontrollata di segnalazioni in grado di compromettere l'immagine dell'Azienda, le segnalazioni sono indirizzate al R.P.T.C.. Le segnalazioni sono considerate riservate e l'identità del segnalante è conosciuta solo da chi riceve la segnalazione.

Funzione primaria della segnalazione è quella di portare all'attenzione dell'organismo preposto i possibili rischi di illecito di cui si è venuti a conoscenza: la segnalazione è quindi prima di tutto uno strumento preventivo. Se la segnalazione è sufficientemente qualificata e completa, senza ledere i diritti, anche alla *privacy*, del soggetto segnalato, potrà essere verificata tempestivamente e con facilità.

Oltre alle segnalazioni riservate, sono ammesse anche segnalazioni anonime.

Al fine di scoraggiare segnalazioni non rilevanti e non circostanziate, l'Azienda adotta una procedura precisa, in cui siano specificate le situazioni che rientrano nella casistica accettata (reati, atti, fatti o rischi a danno dell'interesse pubblico). La procedura prevede che le segnalazioni anonime siano analizzate solamente se sufficientemente dettagliate e circostanziate.

Ad oggi tutti i dipendenti dell'Azienda sono liberi di inoltrare al R.P.T.C segnalazioni di comportamenti inquadabili nell'ambito della corruzione. Le segnalazioni possono essere inoltrate anche tramite la posta elettronica utilizzando l'indirizzo anticorruzione.trasparenza@hsgerardo.org. Eventuali documenti allegati alla Email devono essere forniti in formato elettronico non modificabile (pdf o compatibile).

In ottemperanza a quanto previsto dal comma 51 della Legge n. 190 del 06/11/2012, l'Azienda tutela il dipendente pubblico che segnala illeciti.

In collaborazione con il Sistema Informatico Aziendale si provvederà a formalizzare una procedura che disciplini modalità, tempi e responsabilità per favorire l'attività di *whistleblowing* da parte dei dipendenti garantendo al contempo l'anonimato degli stessi.

Per questo scopo, sarà possibile attivare nel sito web aziendale un form elettronico che non preveda l'obbligatorietà della registrazione dei dati personali- attraverso cui chiunque potrà inoltrare tali segnalazioni al R.P.T.C..

Cronoprogramma *whistleblowing*

| Tabella Aree a rischio | Processo | Misura di prevenzione | Responsabili | Obiettivi | Indicatori | Tempistica | Risorse |
|------------------------|----------------------------|-----------------------|---|--|--|------------|---|
| Tutte | Tutti i processi aziendali | Whistleblowing | Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza | Procedura, anche informatizzata, a tutela del segnalante | Procedura e attivazione form nel sito web | 2016 | S.I.A Servizi Informatici Aziendali |
| Tutte | Tutti i processi aziendali | Whistleblowing | Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza | Gestione delle segnalazioni | Relazione annuale sulle segnalazioni pervenute e sugli interventi di prevenzione | annuale | Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza |

Nel 2015 nell'ambito della Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza è proseguito il coordinamento con tutti gli Organi/Organismi presenti nell'organizzazione aziendale che in modo diretto e indiretto si occupano di migliorare la qualità delle prestazioni e dei servizi, o di valutarne i risultati, oppure di verificare e controllare la regolarità delle azioni; ciò è avvenuto attraverso incontri di condivisione delle attività e delle iniziative da realizzare.

Il P.N.A e le Delibere ANAC hanno rafforzato questa strategia, prevedendo un ruolo attivo sia degli OIV (in Azienda NVP - Nucleo di Valutazione delle Performance), che degli ODV (in Azienda ODV - Organismo di Vigilanza del Codice Etico e Comportamentale).

Si fa presente a tal proposito che la L.R. 23/2015, art. 1, comma 1, lett. jj) ha soppresso, dall'istituzione delle nuove ASST e ATS (1.1.2016) l'art. 13 bis della L.R. 30 dicembre 2009, n. 33 e s.m.i. che prevedeva tra gli organismi aziendali quello di Vigilanza sul Codice Etico-Comportamentale.

Si osserva che nel corso degli anni ed in particolare nel 2015 l'Organismo di Vigilanza dell'Azienda Ospedaliera S. Gerardo ha supportato efficacemente il RPCT nella attività di vigilanza, monitoraggio e formazione.

Di seguito si riporta il cronoprogramma relativo alle attività del Piano anticorruzione e all'integrazione dello stesso nell'organizzazione aziendale della ASST di Monza così come previsto anche da ultimo nella determinazione ANAC 12/2015 secondo cui *"la gestione del rischio corruzione è realizzata assicurando l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione (in particolare con il ciclo di gestione della performance e i controlli interni) al fine di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione adottata...l'attuazione delle misure previste nel PTPC è opportuno divenga uno degli elementi di valutazione del dirigente e, per quanto possibile, del personale non dirigenziale"*.

CRONOPROGRAMMA PIANO ANTICORRUZIONE

| <i>ADEMPIMENTI</i> | <i>Strutture referenti</i> | <i>2016</i> | <i>2017</i> | <i>2018</i> |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| PROPOSTA AGGIORNAMENTO PIANO ALL'A DIREZIONE E APPROVAZIONE | Responsabile PCT | 31 gennaio | 31 gennaio | 31 gennaio |
| INTEGRAZIONE CON NVP | Responsabile PCT | Entro aprile | Entro aprile | Entro aprile |
| PUBBLICAZIONE SITO ELENCO AGGIORNATO NOMINATIVI RESPONSABILI/ REFERENTI | Responsabile PCT | Aggiornamento in caso modifica | Aggiornamento in caso di modifica | Aggiornamento in caso di modifica |
| DIFFUSIONE DEL PIANO A TUTTI I DIPENDENTI | Responsabile PCT/Comunicazione | Marzo | Marzo | Marzo |
| RELAZIONE ANNUALE | Responsabile PCT | 31 dicembre | 31 dicembre | 31 dicembre |

SEZIONE 3

L'analisi del contesto, la mappatura dei processi, la valutazione del rischio, il trattamento del rischio

Secondo quanto previsto dalla L. 190/2012, art. 1 co. 5 il PTPC «*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 PTPC 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*».

Quanto alle indicazioni metodologiche per la stesura del piano fornite dall'ANAC nel 2015 esse, in sintesi, riguardano:

- a) l'analisi del contesto esterno ed interno;**
- b) la mappatura dei processi, che si raccomanda sia effettuata su tutta l'attività svolta dall'amministrazione non solamente con riferimento alle cd. "aree obbligatorie" ma anche a tutte le altre aree di rischio;**
- c) la valutazione del rischio, in cui è necessario tenere conto delle cause degli eventi rischiosi;**
- d) il trattamento del rischio, che deve consistere in misure concrete, sostenibili e verificabili.**

Detti principi e indicazioni si rivolgono non solo ai R.P.C.T. ma anche ai dirigenti e a tutti i soggetti chiamati, a vario titolo, a partecipare attivamente alla predisposizione dei PTPC.

È importante che si comprendano i principi e la metodologia del processo di gestione del rischio, avendo cura che l'implementazione degli strumenti tenga conto delle caratteristiche specifiche dell'amministrazione.

a.1 Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione, con riferimento, ad esempio, a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. A tal fine, sono da considerare sia i fattori legati al territorio di riferimento dell'amministrazione, sia le relazioni e le possibili influenze esistenti con i portatori e i rappresentanti di interessi esterni.

Comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui una struttura è sottoposta consente di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio. Si consideri, ad esempio, un'amministrazione collocata in un territorio caratterizzato dalla presenza di criminalità organizzata e da infiltrazioni di stampo mafioso. Il dato è molto rilevante ai fini della gestione del rischio di corruzione, perché gli studi sulla criminalità organizzata hanno da tempo evidenziato come la corruzione sia proprio uno dei tradizionali strumenti di azione delle organizzazioni criminali.

L'ANAC individua alcuni strumenti da utilizzare per le analisi del contesto esterno per gli enti locali.

Alcuni di questi strumenti possono ritenersi utili anche per Aziende, quali le ASST che operano su ambiti territoriali definiti v. ad esempio gli elementi e i dati contenuti nelle relazioni periodiche sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica, presentate al Parlamento dal Ministero dell'Interno e pubblicate sul sito della Camera dei Deputati (Ordine e sicurezza pubblica e D.I.A.), oppure le Relazioni dei diversi Osservatori sui fenomeni illegali.

Nel formulare l'analisi del contesto esterno si sono presi in considerazione, in ragione dell'autorevolezza della fonte, della loro attualità e dell'ente destinatario (Commissione Parlamentare d'inchiesta sul fenomeno delle mafie e sulle altre associazioni criminali, anche straniere), i Rapporti trimestrali sulle aree settentrionali, redatti nel 2014 e 2015, dall'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano-Dipartimento di Scienze sociali e politiche e Dipartimento di studi internazionali giuridici e storico-politici.

Preliminarmente si rileva che la neo costituita ASST di Monza opera in un ambito territoriale piuttosto vasto che comprende diversi Comuni (Monza, Lissone, Desio, Limbiate, Brugherio, Nova Milanese, Cesano Maderno, Bovisio Masciago, Limbiate Villasanta, Varedo, Muggiò).

Relativamente a detto ambito territoriale, il Primo Rapporto Trimestrale sulle aree settentrionali evidenzia un preoccupante indice di presenza mafiosa proprio nella provincia di Monza e Brianza.

Il Rapporto illustra altresì nel dettaglio la situazione della Provincia in cui si sono sviluppate nel corso degli ultimi anni importanti indagini ed operazioni di contrasto contro la criminalità organizzata quali ad esempio l'inchiesta "Infinito" nei Comuni di Desio e Seveso.

Il Secondo Rapporto è quello che offre maggiori spunti, fornendo un contributo importante di chiarezza sulla "valorizzazione delle novità emergenti" e sull'interpretazione di fatti e fenomeni relativamente nuovi attraverso cui l'economia illegale penetra, in particolare, nelle grandi imprese e nel sistema sanitario.

Di grande interesse è l'analisi che l'Osservatorio effettua sui meccanismi e attori della c.d. **"zona grigia" in cui si sostanzia l'evoluzione del modello corruttivo.**

Per area grigia s'intende "un insieme di ruoli e professioni che concorre, con diversi gradi di intenzionalità specifica, al successo delle strategie mafiose, senza costituire, in sé, mondo criminale. Sempre più spesso, invece, ecco la novità, quest'area grigia costituisce mondo criminale a sé. Non mondo mafioso. Ma sì mondo di criminalità, più o meno organizzata, dei colletti bianchi, tanto da subire spesso l'inclusione nella fattispecie penale dell'associazione a delinquere. E' cioè un'area grigia non fluida e sparsa, ma strutturata e autonoma; e aperta a più larghe coalizioni. Che contribuisce con la forza dei suoi interessi e il suo potere di influenza ad abbassare il livello sociale medio di legalità, agevolando dunque anche per questa via le strategie mafiose. Con le quali può incontrarsi. E con le quali spesso si incontra".

Sono soprattutto, continua il Rapporto "le indagini sulla corruzione sviluppate recentemente nelle provincie di Milano e di Monza-Brianza che hanno consentito appunto di mettere a fuoco il nuovo schema corruttivo su cui si impernia l'area grigia così ridefinita. Se il più classico schema della corruzione prevede la corresponsione di risorse private in cambio di una decisione pubblica (soldi da parte dell'imprenditore o del professionista privato al pubblico funzionario e/o all'esponente politico che decide), si è recentemente affermato un meccanismo che prevede uno scambio tra risorse pubbliche. Ad esempio il soggetto pubblico crea o incoraggia a nascere una società formalmente privata, partecipandovi attraverso persone a lui vicine, come parenti o professionisti/imprenditori amici. La società privata esiste e prospera, nel caso, grazie a relazioni e a protezioni pubbliche. Ha una forza radicata nella sfera pubblica e per questo vince commesse e appalti attingendo alle specifiche risorse di cui dispone, come in un forziere esterno: promettendo all'interlocutore una nomina o una consulenza in una società partecipata, un posto di assessore, una carriera di partito o una promozione in servizi (burocrazie, ospedali) sotto controllo pubblico. Il sistema si ramifica in forme quasi sovversive quando si tenga conto dei mille scambi possibili tra partito, Regione, Giunte di Comuni confinanti o vicini (anche di colore politico diverso), burocrazie di enti pubblici.

Il termine "sistema" non è dunque usato casualmente. Poiché se si può dire che lo scambio classico tra utilità private e decisioni pubbliche si sia spesso collocato in un quadro di connessioni e complicità allargate (si pensi alla redistribuzione di tangenti tra partiti di schieramenti opposti), qui il concetto esprime un livello di organicità superiore. Il "pubblico" domina il versante sia della domanda sia dell'offerta di corruzione. Forte di questa compattezza esso può ospitare anche un soggetto privato che ne condivida le "premesse culturali", per usare l'espressione immortalata dall'inchiesta milanese su Expo

2015. E' sintomatico che in quel contesto il dirigente di Expo che cede alle pressioni del network privato-partitico con cui ha a che fare chieda in cambio ai suoi interlocutori privati non "soldi" ma "carriera" (carriera legata a decisioni politiche), ovvero una utilità che il privato non può certo assicurargli se non a partire dalla sua appartenenza a un sistema di soggetti corruttivi pubblici e privati, e, ancor prima, dalla esistenza di un simile sistema di corruzione.

Le due figure seguenti rappresentano, in forma semplificata, i due modelli corruttivi appena descritti.

Figura 1 - La zona grigia 1. Lo schema classico della corruzione



Figura 2 - La zona grigia 2. Il nuovo schema della corruzione



Pertanto, quando si parla di affari e zona grigia occorre insomma tenere nel conto dovuto le dinamiche che si sono progressivamente realizzate *all'esterno* delle mafie.

Nel Rapporto sono inoltre analizzati i settori di sviluppo dell'economia illegale (e non solo mafiosa) tra cui quello degli appalti e subappalti di lavori, il *cd "ciclo della terra e del cemento"* ove le organizzazioni mafiose toccano spesso "livelli di influenza oligopolistica specialmente nelle attività a più basso contenuto tecnologico" (v. ad esempio interventi di movimentazione terra sbancamento, spesso affidati in subappalto e subaffidamento ecc).

Vi è poi un approfondimento dedicato specificamente all'ambito della sanità, ritenuta dall'Osservatorio, un settore "di importanza cruciale e crescente per il potere criminale *"sia perché ad alto potenziale di espansione sia perché straordinariamente ricco di ricadute socio-istituzionali"* a cui si rinvia.

Da segnalare in questa sede la sintesi del *sistema di vantaggi messo a punto dalle organizzazioni criminali, che agiscono sotto la spinta di molteplici fattori di convenienza, ben oltre la pura motivazione del profitto.*

L'individuazione dei vantaggi avuti di mira dall'economia illegale può costituire, infatti, un utile strumento per operare l'analisi dei processi aziendali, l'individuazione delle specifiche aree di rischio e gli strumenti di contrasto contro il fenomeno corruttivo nella sua accezione più ampia ed evoluta.

Il prospetto riportato qui di seguito indica appunto, sulla base dell'esperienza, i principali vantaggi aggregati per "gruppi di opportunità".

Il sistema delle opportunità/incentivi offerti dalla sanità ai clan

GRUPPI DI OPPORTUNITA'

- *di natura ECONOMICA: forniture e appalti (servizi assicurativi/pulizia/lavanderia/onoranze funebri, macchinari, interventi immobiliari, ecc.); profitti diretti (sistema delle convenzioni); riciclaggio di denaro derivante da attività illecite;*
- *di natura SOCIALE: prestigio; arricchimento del capitale sociale dei clan (sistema di relazioni nel mondo delle professioni mediche, relazioni con le élites sociali);*
- *di natura POLITICO-ELETTORALE: allargamento del bacino elettorale (ruolo del medico, sistemi di favori e dipendenze personali); voto di scambio;*
- *di natura GIUDIZIARIA (IMPUNITA'): false perizie; cura di latitanti; disponibilità di luoghi sicuri per la gestione degli affari dei clan (reparti ospedalieri e uffici);*
- *di natura CULTURALE-SIMBOLICA: legittimazione e acquisizione di benemerienze sociali, connesse con l'importanza della funzione sanitaria.*

Dall'esame, seppure estremamente sintetico del contesto esterno, quale si evince dai Rapporti precitati dovendo formulare delle conclusioni, sembra opportuno osservare quanto segue.

L'ASST di Monza opera in un contesto ambientale critico e permeabile ad infiltrazioni dell'economia illegale non solo legata alle grandi organizzazioni criminali di stampo mafioso.

Ciò che preoccupa, e deve essere oggetto di un presidio attento, è la cd zona grigia (*"nelle sue due varianti: di area fluida anche se consapevole di complicità o, più modernamente, di criminalità strutturata dei colletti bianchi*) e *la varietà di forme operative, anche nuove e sistemiche, che essa prende"*, che sono analizzate nell'ampia casistica dei Rapporti citati che rappresentano, per autorevolezza dell'ente da cui promanano (Università degli Studi di Milano - Dipartimento di studi internazionali Giuridici e storico politici), la profondità ed ampiezza dello studio, la fotografia realistica del contesto che deve fungere da ausilio alla identificazione ed analisi dei rischi e conseguentemente alla individuazione e programmazione delle misure di prevenzione di cui si tratterà in seguito.

a.2 Analisi del contesto interno

Per l'analisi del contesto interno si ha riguardo agli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. In particolare essa è utile a evidenziare, da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione.

Il presente PTPC 2016-2018 prende atto e dà conto del processo di trasformazione in atto, delle funzioni fondamentali poste il capo all'ASST e dei profili temporali del trasferimento,

illustrati nelle Sezioni che precedono fornendo adeguate e puntuali informazioni per consentire all'ANAC di svolgere correttamente i propri compiti di vigilanza in materia.

Più precisamente, allo scopo di evitare adempimenti meramente temporanei e agevolare la riorganizzazione in corso per quanto concerne le funzioni, se non ancora trasferite da altro ente e segnatamente dalla ASL Monza e Brianza e dall'A.O. di Vimercate, unitamente a risorse finanziarie e personale con data certa entro il 2016, sarà compito di questa ASST, dal momento dell'effettivo trasferimento, adottare le misure di prevenzione della corruzione relative a dette funzioni.

b) La mappatura dei processi

Tenuto conto delle considerazioni riportate nella sezione precedente, il presente documento rappresenta quindi uno strumento dinamico con la consapevolezza che si procederà, nel corso dei prossimi mesi, alle necessarie integrazioni ed adeguamenti, anche in relazione alla evoluzione normativa di riferimento.

Si propone, di seguito la strategia da utilizzare per l'individuazione delle aree a rischio.

Tutte le aree di attività (intese come complessi settoriali di processi/procedimenti svolti dal soggetto che adotta il PTPC) devono essere analizzate ai fini dell'individuazione e valutazione del rischio corruttivo e del relativo trattamento. Il necessario approccio generale deve essere reso compatibile con la situazione particolare in cui versa oggi la neo costituita ASST di Monza interessata da una fase di transizione che durerà per tutto il 2016 in conseguenza dell'attuazione della già ricordata L. r. n. 23/2015 e s.m.i. Pertanto, così come suggerito dall'ANAC nella determinazione n.12/2015, si procederà alla rimappatura generalizzata dei processi distribuendola in due annualità (2016 e 2017), individuando le misure di prevenzione che siano concrete ed efficaci, traducibili in azioni precise e fattibili, verificabili nella loro effettiva realizzazione.

c) La valutazione del rischio

Per una efficace azione di prevenzione della corruzione risulta infatti fondamentale per l'azienda procedere ad una mappatura delle proprie attività e dei relativi processi operativi. A tal fine ogni struttura incorporata, ove non lo avesse già fatto, redigerà o aggiornerà la mappatura dei propri processi con 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. Si ricorre a tale metodologia in quanto si intende valutare la pericolosità di un evento ai fini di definire la priorità o l'urgenza delle misure necessarie per tenerlo sotto controllo.

Le fasi dell'attività attengono a:

- 1) 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 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.

2) VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Una volta individuati, i rischi devono essere analizzati e valutati.

Il che significa attribuire 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, 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.

Per facilitare l'attività di Risk Assessment è stata elaborata dal SITA, una check list distribuita ai Responsabili ed ai Referenti.

Il P.N.A. ha introdotto suggerimenti specifici per stimare la probabilità e l'impatto del rischio (si fa riferimento all'allegato n. 5 - Tabella valutazione del rischio - del P.N.A.). Nel 2014 si è provveduto a ridefinire la check list alla luce di tale tabella ed a diffonderla ai Responsabili/Dirigenti/Referenti per consentire un corretto Risk Assessment.

Nel 2015 sono state riviste le analisi dei rischi dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo, dell'ASL MB delle seguenti procedure:

| STRUTTURA | PROCESSO | SOTTOPROCESSO |
|--|---|---|
| U.O. Affari Generali e Legali - Ufficio gestione assicurazioni e contenzioso sanitario | Gestione polizze assicurative a tutela dei soggetti partecipanti alle sperimentazioni cliniche dei medicinali (servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria di cui all'art. 28, co. 1, lettera b) del D. | Procedure per garantire l'imparzialità nell'affidamento di polizze assicurative a tutela dei soggetti partecipanti alle sperimentazioni cliniche dei medicinali |

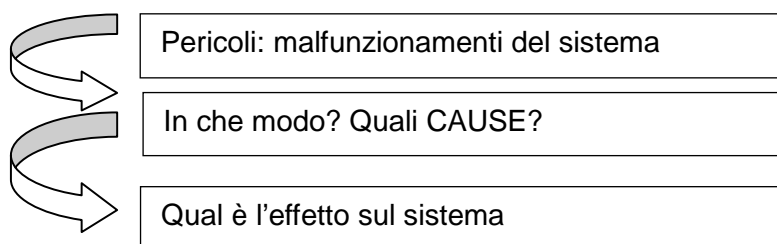
| | | |
|---|--|--|
| | L.gs. n. 163/2006) | |
| U.O. Affari Generali e Legali - Ufficio gestione assicurazioni e contenzioso sanitario | Procedure relativi agli acquisti di servizi sopra soglia comunitaria | Procedure per garantire l'imparzialità e la terzietà dei componenti delle commissioni di gara |
| U.O. Accettazione amministrativa dipartimenti sanitari | Gestione giornaliera delle casse sportelli CUP aziendali | Attività di prenotazione/accettazione prestazioni specialistiche ambulatoriali |
| U.O. Accettazione amministrativa dipartimenti sanitari - Ufficio libera professione e convenzioni sanitarie | Gestione amministrativa dei ricoveri in libera professione | Preventivo + consuntivo |
| U.O. Controllo di Gestione | Rendicontazione delle gestioni separate e delle convenzioni (convenzione Maugeri, TAC-PET, Fondazione MBBM, Ellewi) | Supporto alla rendicontazione mediante verifica di ricavi e costi relativi alle convenzioni, al fine della fatturazione attiva e passiva e alla determinazione delle tariffe di libera professione |
| U.O. Controllo di Gestione | Attuazione ciclo della performance organizzativa | Misurazione e valutazione della performance organizzativa di unità operativa nel rispetto delle norme contrattuali riferite all'erogazione degli incentivi al personale dipendente |
| U.O. Controllo di Gestione | Attuazione ciclo della performance organizzativa | Declinazione degli obiettivi aziendali e attività di misurazione e valutazione della performance organizzativa di unità operativa |
| U.O. Controllo di Gestione | Valutazione economica e finanziaria degli acquisti di attrezzature e prodotti sanitari ad alto costo nell'ambito del processo di technology assessment | Partecipazione di CDR-DIR ai lavori della Commissione Health Technology assessment aziendale, quale componente permanente di tale commissione (decreto del commissario straordinario n. 232 del 17.4.2014) |
| U.O. Economico-Finanziaria | Contabilità passiva e pagamenti | Pagamento fornitori |
| U.O. Formazione | Sponsorizzazione della formazione aziendale | Gestione e formalizzazione del rapporto di sponsorizzazione |
| U.O. Formazione | Sponsorizzazione della formazione aziendale | Predisposizione e integrazione del piano formazione annuale con eventi sponsorizzati |
| U.O. Gestione del Personale | Conferimento incarichi di collaborazione esterna a norma dell'art. 7, co. 6 del D. L.gs. n. 165/2001 | Conferimento incarichi di collaborazione esterna |
| U.O. Gestione del Personale | Gestione dei concorsi | Fase 1: indizione Fase 2: pubblicazione-sorteggio Fase 3: domande di partecipazione Fase 4: preliminari allo svolgimento delle prove Fase 5: svolgimento delle prove Fase 6: esito ed archiviazione |
| U.O. Gestione del Personale | Irrogazione sanzione disciplinare | Irrogazione sanzione disciplinare |
| Ufficio sperimentazioni cliniche, gestionali e progetti speciali | Conferimento incarico provvisorio a medico specialista ambulatoriale con particolari capacità professionali | Autorizzazione della Direzione Sanitaria che garantisce l'effettiva necessità e verifica l'esigenza delle particolari capacità professionali richieste dal direttore della struttura |

| | | |
|--|---|---|
| Ufficio sperimentazioni cliniche, gestionali e progetti speciali | Rilascio pareri sperimentazioni cliniche del Comitato Etico | Inserimento delle sperimentazioni nell'ordine del giorno delle sedute del Comitato Etico |
| Ufficio relazioni con il pubblico | Gestione delle segnalazioni (reclami ed encomi) in carico all'URP | Risposta ai reclami entro 30/60 giorni |
| Ufficio relazioni con il pubblico | Rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza/customer satisfaction | Analisi dei dati ed elaborazione dei report |
| U.O. Tecnico-Patrimoniale | Revisione processo ed eventuale adeguamento misure prevenzione | <ul style="list-style-type: none"> - Analisi dei fabbisogni manutentivi di beni e servizi - Verifica delle disponibilità economiche (budget di spesa) - Programmazione lavori, beni e servizi - Affidamenti, esecuzione contratti ed adempimenti contabili ed informativi presso l'Osservatorio - Verifica/revisione programmazione ed obiettivi |
| U.O. Tecnico-Patrimoniale | Esecuzione lavori, servizi e forniture | <ul style="list-style-type: none"> - Contratto di appalto - Verbale di consegna - Direzione lavori ovvero DEC - Contabilità - Flussi informativi Osservatorio - Collaudo lavori, servizi e forniture |
| U.O. Tecnico-Patrimoniale | Affidamento LL.PP., servizi e forniture in forma diretta, mediante cottimo fiduciario, procedura aperta | <ul style="list-style-type: none"> - Definizione dell'oggetto e della procedura di affidamento - Requisiti di qualificazione - Sopralluoghi - Requisiti di aggiudicazione |
| Direzione medica di presidio | Gestione dei decessi | Uscita della salma dell'ospedale per il seppellimento/cremazione/obitorio medicina legale di Milano |

Si fa presente che l'aggiornamento dell'analisi dei rischi era condizione, nell'ambito dell'Azienda San Gerardo per la valutazione degli obiettivi di budget del 2015 delle U.O. interessate così come, peraltro, specificamente oggi previsto dalla determinazione n. 12/2015 dell'ANAC.

Per raggiungere tali obiettivi si utilizza il metodo **FMEA** - *Failure Modes and Effects Analysis*- che valuta in pratica cosa succede al sistema (effects) se qualche cosa fallisce/accade (failure).

E' UN METODO INDUTTIVO.



Nel 2016, fermo l'obbligo di ciascun responsabile di Unità Operativa di rivalutare il *risk assessment*, l'attività di identificazione di analisi e di ponderazione dei rischi sarà supportata da un gruppo di lavoro così costituito:

dr.ssa Chiara Patelli - Risk Manager Aziendale;
sig.a Mariagrazia Meroni, dr.ssa Cinzia Ligrone, e avv. Tiziana Cibra dell'Ufficio Legale.

Tale supporto si rende necessario, al fine di agevolare i dirigenti responsabili delle U.O. coinvolte nella complessa attività sopra descritta e in accoglimento di quanto suggerito nel P.N.A. che consiglia la costituzione di un gruppo di lavoro in grado di coordinare le attività di analisi e di sistematizzarne i risultati.

L'ANAC prescrive peraltro che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere.

CRONOPROGRAMMA RISK ASSESSMENT

| RISK ASSESSMENT | Adempimenti | Strutture coinvolte | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------|--|--|---|---------------|---------------|
| | Mappatura dei processi | tutte | Aggiornamento/implementazione | Completamento | |
| | SISTEMAZIONE E DIFFUSIONE STRUMENTI PER CONDUZIONE MAPPE DI RISCHIO (FMEA) | Tutte le UU.OO. | Rinnovo attività di diffusione ove necessaria | | |
| | REVISIONE ANALISI RISCHI secondo indicazioni ANAC determinazione 12/2015 | Le UU.OO. delle aree a rischio (v. infra) | Revisione | aggiornamenti | aggiornamenti |

Con il presente piano ci si pone come obiettivo il completamento e/o modificazione/integrazione della mappatura delle aree più a rischio a livello aziendale, con la puntuale indicazione e pesatura dei rischi specifici associati a ciascun processo /procedimento, secondo le seguenti precise indicazioni fornite dall'ANAC nella determinazione n. 12/2015 e ribadite da Regione Lombardia con nota prot. n. A12015.107934 del 2 dicembre 2015, e sintetizzate nella tabella seguente:

PTPC 2016-2018

| NUM. AREA | AREA GENERALE | Settori a rischio / Organizzazione | Numero Processo | Processo |
|-----------|--|--|-----------------|---|
| 1 | CONTRATTI PUBBLICI (Affidamento di lavori, servizi e forniture) | U.O Gestione Acquisti- U.O. Tecnico-patrimoniale Servizio di Ingegneria Clinica | 1 | Ricognizione del fabbisogno istruttoria antecedente al procedimento di scelta |
| | | | 2 | Definizione dell'oggetto dell'affidamento |
| | | | 3 | Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento |
| | | | 4 | Requisiti di qualificazione |
| | | | 5 | Requisiti di aggiudicazione |
| | | | 6 | Valutazione delle offerte |

| | | | | |
|------------------|--|---|------------------------|--|
| | | | 7 | Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte |
| | | | 8 | Procedure negoziate |
| | | | 9 | Affidamenti diretti |
| | | | 10 | Revoca del bando |
| | | | 11 | Redazione del crono programma |
| | | | 12 | Varianti in corso di esecuzione del contratto |
| | | | 13 | Subappalto |
| NUM. AREA | AREA GENERALE | Settori a rischio / Organizzazione | Numero Processo | Processo |
| 2 | INCARICHI e NOMINE: Acquisizione e progressione del personale | U.O. Gestione del Personale | 1 | Concorsi e prove selettive (per assunzione di personale dipendente) |
| | | | 2 | Progressioni di carriera: Conferimento incarichi di Dirigenza e Comparto (Dirigenziali SS, SS a valenza dipartimentale, SC e posizioni organizzative) |
| | | | 3 | Conferimento incarichi di lavoro autonomo (art. 7, comma 6, D.Lgs. n. 165/01) |
| | | | 4 | Esercizio del potere disciplinare |
| | | | 5 | Autorizzazione alla partecipazione a Convegni e congressi oltre ad altre attività formative di personale dipendente, incarichi extraistituzionali ex art. 53 D.Lgs. 165/2001 |
| | | | 6 | Gestione personale convenzionato/contrattualizzato |

| NUM. AREA | AREA GENERALE | Settori a rischio / Organizzazione | Numero Processo | Processo |
|-----------|---|---|-----------------|---|
| 3 | GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO | U.O. Economico-finanziaria, U.O. Gestione Acquisiti, U.O. Tecnico-patrimoniale, U.O. Accettazione e Accoglienza Servizi Sanitari U.O. Affari Generali e Legali | 1 | Convenzioni attive attività aziendale a pagamento |
| | | | 2 | Gestione del contenzioso, sinistri e rapporti assicurativi |
| | | | 3 | Gestione beni mobili e immobili |
| NUM. AREA | AREA SPECIFICA | Settori a rischio / Organizzazione | Numero Processo | Processo |
| 1 | ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA | U.O. Accettazione e Accoglienza Servizi Sanitari | 1 | Istruttoria per la sussistenza dei presupposti e dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività libero-professionali |
| | | | 2 | Verifica equilibrio volumi delle attività tra istituzionale e libera-professione |
| | | | 3 | Verifica del rispetto dei tempi di attesa |
| | | | 4 | Controllo e sanzioni |
| NUM. AREA | AREA SPECIFICA | Settori a rischio / Organizzazione | Numero Processo | Processo |
| 2 | FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI | Settore individuato U.O. Farmacia Ufficio Ricerca e sperimentazioni cliniche | 1 | Ricognizione del fabbisogno istruttoria antecedente al procedimento di scelta |
| | | | 2 | Definizione dell'oggetto dell'affidamento |
| | | | 3 | Proposta in merito allo strumento/istituto per l'affidamento |
| | | | 4 | Requisiti di qualificazione |
| | | | 5 | Requisiti di aggiudicazione |
| | | | 6 | Valutazione delle offerte |
| | | | 7 | Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte |
| 8 | Gestione magazzino | | | |

| | | | 9 | Somministrazione farmaco in reparto e/o in regime di continuità ospedale/territorio |
|------------------|--|---|------------------------|--|
| NUM. AREA | AREA SPECIFICA | Settori a rischio / Organizzazione | Numero Processo | Processo |
| 3 | ATTIVITA' CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOPERATORI | Direzione Sanitaria | 1 | Gestione della salma e camere mortuarie |
| NUM. AREA | AREA SPECIFICA | Settori a rischio / Organizzazione | Numero Processo | Processo |
| 4 | ESECUZIONE CONTRATTUALE | Settore individuato a seconda della tipologia del contratto e delle competenze nella vigilanza dell'esecuzione del contratto | 1 | Gestione fase esecuzione contratto di realizzazione di lavori |
| | | | 2 | Gestione fase esecuzione contratto di realizzazione beni e servizi |
| | | | 3 | Gestione dei rifiuti |
| | | | 4 | Indicazioni: * individuazione del DEC/Direttore Lavori * strumenti utili al fine di porre in essere verifiche sulla esecuzione dei contratti * effettuazione delle verifiche sull'esecuzione dei contratti * modalità di comunicazione delle contestazioni contrattuali * gestione delle controversie * gestione del contenzioso |

Il trattamento del rischio: la misure di prevenzione

Contenuto essenziale del PTPC è 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 GENERALI

Le misure previste nel presente Piano si distinguono in generali o specifiche a seconda che riguardino la generalità delle aree a rischio, ovvero siano mirate alla prevenzione del rischio in aree specifiche (quali ad esempio quella dei contratti pubblici). In questo paragrafo vengono riportate le misure generali.

1. Formazione

Ai sensi dell'art. 1, comma. 9, lett. b) della Legge 190/2012, il Piano deve prevedere, per le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, percorsi di formazione idonei a prevenire il rischio di corruzione.

Per soddisfare le esigenze formative e di aggiornamento professionale degli operatori, si provvede ad individuare una formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione. La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno di cui l'Azienda si è dotata rappresenta infatti lo strumento per sviluppare una cultura della legalità.

Il Piano di formazione aziendale (PFA) 2015 dell'A.O. San Gerardo ha riportato un evento formativo a favore del personale dell'Azienda in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, tenuto da avvocato esperto nella materia dei Contratti e Appalti Pubblici.

I componenti dell'Organismo di Vigilanza del Codice-etico comportamentale sono stati impegnati, invece, in una serie numerosa di iniziative formative/informative sul Codice etico e comportamentale adottato in via definitiva, a norma dell'art. 54, comma 5 del D. Lgs. 20 marzo 2001, n.165 e del DPR 16 aprile 2013, n.62, dall'Azienda Ospedaliera San Gerardo, dopo pubblica consultazione, con decreto n. 355 del 22 aprile 2015.

Nell'ambito di tali iniziative il Dirigente dell'U.O. del Personale, dott.a Laura Canzi, si è impegnata nel formare i dipendenti sui contenuti delle norme che disciplinano il regime delle incompatibilità nel pubblico impiego presentando, sia ai dirigenti che al comparto, la bozza del Regolamento sul regime delle incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali, ex art. 53 del D.Lg. 165/2001, che dopo il confronto con il personale, è stato adottato con decreto n 1226 del 4.12.2015.

Gli eventi formativi/informativi in parola hanno registrato un'alta partecipazione (oltre 800 dipendenti).

Nell'ambito del Piano di Formazione Aziendale per l'anno 2016 si è proposto:

- Corso sulla normativa anticorruzione e trasparenza;
- Programmazione di eventi formativi a mezzo FAD sul Codice etico e di comportamento;

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

- a) livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, riguarda le tematiche dell'etica e della legalità che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione, debbono riguardare il contenuto del Codice etico e di comportamento;
- b) livello specifico per figure professionali, rivolto al R.P.C.T., ai Referenti, ai componenti del SITA degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio (Corso sulla normativa anticorruzione e trasparenza);
- c) ulteriore livello specifico: invio di comunicazioni a tutti i soggetti che operano nelle aree a rischio contenenti indicazioni sulle novità legislative, regolamenti, istruzioni operative in materia di anticorruzione trasparenza.

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

CRONOPROGRAMMA Informazione e formazione del personale

| <i>ADEMPIMENTI</i> | <i>Strutture coinvolte</i> | <i>2016</i> | <i>2017</i> | <i>2018</i> |
|---|----------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Definizione del programma degli incontri informativi rivolti al personale dipendente e non dipendente dell'azienda (anche su codice di comportamento e trasparenza) | Ufficio Formazione | Progettazione annuale | Progettazione annuale | Progettazione annuale |
| Organizzazione ed effettuazione di incontri informativi rivolti al personale dipendente e dell'azienda (anche su codice di comportamento e trasparenza) | Ufficio Formazione | Effettuazione di incontri | Effettuazione di incontri | Effettuazione di incontri |
| Organizzazione ed effettuazione di corsi di formazione rivolti al personale che opera in settori particolarmente esposti alla corruzione | Ufficio Formazione | Effettuazione di incontri | effettuazione di incontri | Effettuazione di incontri |

2. Il monitoraggio dei tempi procedurali

La Legge n. 190/2012 è intervenuta sulla questione relativa alla tempistica procedimentale giacché considera l'inerzia dell'amministrazione nel provvedere, quale elemento potenzialmente sintomatico di corruzione. Ha pertanto rafforzato l'obbligo in capo agli Enti di monitorare il rispetto dei termini, previsti da leggi o regolamenti per la conclusione dei procedimenti.

Il presente PTPC assicura l'adempimento di tali obblighi attraverso:

- il monitoraggio dei termini di conclusione dei procedimenti attuato a mezzo del sistema di controllo della qualità dei servizi (per le strutture inserite ne sistema qualità) e monitoraggio dei reclami che pervengono all'Ufficio Relazioni con il Pubblico i cui referenti sono componenti del SITA;
- la pubblicazione degli esiti del monitoraggio sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente - Attività e procedimenti", come previsto dal D. Lgs n. 33/2013.

3. Il Piano triennale della trasparenza ed integrità

La ASST di Monza assicura un adeguato livello di trasparenza attraverso la puntuale adozione ed aggiornamento del “Programma Triennale per la trasparenza e l’integrità” che costituisce una sezione del presente PTPC ed al quale si rinvia per l’esame della azioni riferite al triennio 2016-2018.

4. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione

La rotazione del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una delle iniziative ulteriori per la prevenzione della corruzione.

Lo scopo è quello di evitare il rischio di relazioni particolari tra amministrazioni e utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio.

Pertanto, la selezione dei dipendenti che operano nei settori particolarmente esposti, è in ogni caso, prevista dalle linee guida nazionali quale misura gestionale propria di ogni dirigente.

L’attuazione della misura richiede, così come previsto dal P.N.A., una serie di attività tra cui la preventiva identificazione degli uffici e servizi che svolgono attività nelle aree a rischio, l’individuazione nel rispetto della partecipazione sindacale delle modalità di attuazione della rotazione, in modo da contemperare le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento e l’obiettività nelle scelte da parte dell’amministrazione.

E’ opportuno, tuttavia, ricordare che anche ANAC si è espressa in materia, sottolineando come siano sorti particolari problemi nell’applicazione della disciplina che non prevede le necessarie differenziazioni in relazione alla tipologia delle amministrazioni (vedasi Rapporto ANAC sul primo annuo di attuazione L. n. 190/2012).

La rotazione incontra dei limiti oggettivi quale 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 contenuto tecnico.

In particolare l’ANAC nella Delibera n. 12/2015, ha affermato che:

- 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 contenuto 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.

Il presente PTPC, non ritiene praticabile, la possibilità di una rotazione programmata degli incarichi dirigenziali e del personale assegnato alle aree a rischio, in ragione del processo di trasformazione istituzionale in atto, che comporterà la definizione stabile delle dotazioni organiche solo ragionevolmente verso la fine del 2016.

In ogni caso, si valuterà la possibilità, per alcune aree, di introdurre la rotazione. Peraltro una rotazione di fatto dei direttori e dei dirigenti è garantita anche dalle modalità di accesso. Gli incarichi, infatti, sono conferiti a tempo determinato (v. art. D. Lgs. 502/1992 e CCNL).

Un avvicendamento potrà, pertanto, eventualmente avvenire alla predetta scadenza, quando l'amministrazione dovrà procedere all'assegnazione dei nuovi incarichi.

La temporaneità dell'incarico, assicura un'alternanza anche rispetto alle posizioni organizzative di cui ai C.C.N.L. vigente che con decreto n. 1323 del 23.12.2015 del Direttore dell'Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza sono state prorogate sino al 31.12.2016.

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. I quater, e dell'art. 55 ter, comma 1, del D. Lgs. n. 165 del 2001; mentre per il **personale non dirigenziale** si può procedere all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. I quater.

L'applicazione di tale misura può, all'opposto, subire deroghe se l'effetto indiretto della rotazione comporta la sottrazione di profili professionali infungibili, avuto anche riguardo alla dotazione delle professionalità in forza presso la ASST di Monza in esito ai processi di riassetto istituzionale conseguente alla L.R. 23/2015.

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.

Gli esiti del monitoraggio della misura, saranno illustrati nella relazione annuale anticorruzione prevista dall'art. 1, comma 14, Legge 190/2012.

5. Codice di comportamento e regolamento sul regime delle incompatibilità e incarichi *extra officium*

Tra le misure trasversali finalizzate alla prevenzione della corruzione del PTPC rientrano anche le disposizioni del Codice etico e di comportamento dell'Azienda, entrato in vigore nel 2015, la cui violazione configura illecito disciplinare, e del Regolamento sulle incompatibilità e gli incarichi *extra officium* adottato con decreto n.1226 del 4.12. 2015.

In virtù del principio di necessaria continuità aziendale tra soggetto incorporato (Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza) ed ente incorporante ASST si ritiene che detti strumenti mantengano la propria operatività anche nella nuova Azienda quale successore *ex lege* dell'ente incorporato. Nel corso del 2016, ove necessario detti strumenti verranno adattati al nuovo assetto organizzativo e funzionale.

I due regolamenti citati contengono, tra le altre, norme in materia di conflitto d'interesse, autorizzazioni incarichi, incompatibilità ed inconfiribilità di incarichi e tutela dei lavoratori che segnalano fatti illeciti, il c.d. **whistleblower**. Con specifico riferimento a quest'ultimo istituto, si evidenzia che la tutela del dipendente che vi ricorre è stata attuata (v. artt. 68 e 69 del Codice etico e di comportamento):

- con la previsione di un indirizzo Email dedicato che prevede come destinatario esclusivo il RPCT;
- con l'introduzione del divieto di discriminazione nei confronti del soggetto segnalante.

Nel corso del 2016 si procederà al superamento dello strumento, mediante l'istituzione di casella protetta eventualmente affiancata dal più tradizionale **wistleblower** cartaceo, anche per i soggetti esterni ritenendo l'istituto preventivo in parola non limitato ai dipendenti pubblici .

Si fa presente che l'ANAC ha disposto che le misure di tutela di chi segnala illeciti siano estese anche ai soggetti esterni.

Il Codice etico e di comportamento è pubblicato nella sezione "*Amministrazione trasparente - Informazioni sull'Azienda - Codice etico*".

Gli esiti del monitoraggio del rispetto degli strumenti regolatori in parola saranno illustrati dal RPCT nella relazione annuale anticorruzione prevista dall'art. 1, comma 14, Legge 190/2012.

6. Monitoraggio dell'obbligo di controllo a campione delle dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000.

Il presente PTPC pone in capo al RPCT, l'onere di effettuare un monitoraggio volto ad assicurare che il responsabile del procedimento provveda ad acquisire e verificare a campione le dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, in particolare in tema di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al D. Lgs. 39/2013.

Il RPCT, per lo svolgimento di tale compito, si avvale del personale del SITA che semestralmente chiederà ai Direttori delle Unità Operative interessate (U.O. Gestione del Personale, Tecnico-Patrimoniale, Acquisti) i dati relativi ai controlli effettuati e gli esiti degli stessi.

Gli esiti del monitoraggio della misura, saranno illustrati nella relazione annuale anticorruzione prevista dall'art. 1, comma 14, Legge 190/2012.

7. Monitoraggio dei rapporti con i soggetti esterni

L'amministrazione, con riferimento all'obbligo del monitoraggio dei rapporti amministrazione-soggetti esterni, ha adottato il Codice etico e di comportamento che disciplina le Relazioni con la persona-cliente (artt. da 26 a 49), con le Istituzioni Pubbliche (artt. da 50 a 54), con i soggetti terzi (artt. da 55 a 56) e con l'ambiente (artt. 61-62). In tali disposizioni sono affermati tra l'altro il principio di tutela della concorrenza, e l'obbligo di adozione del patto di integrità per i soggetti che concludono rapporti contrattuali con la p.a.

Il rispetto della misura è assicurato dal sistema di controlli interni sul vaglio preventivo degli atti deliberativi da adottarsi da parte della Direzione strategica.

8. Misure ulteriori di prevenzione di natura trasversale

L'ASST di Monza 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 secondo la norma ISO, applica e monitora un efficace sistema di procedure interne 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, anche a supporto degli organismi istituzionali di controllo esterno (quali il N.V.P.);
- 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 nell'ASST viene realizzata ulteriormente attraverso i controlli operati dal Collegio Sindacale quale organo aziendale nell'ambito della sfera di competenza.

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

Le suddette dichiarazioni pubbliche di interessi, in questo contesto, rappresentano ulteriore misura di prevenzione della corruzione da inserirsi tra le azioni di contrasto a potenziali eventi di rischio corruttivo che possono riguardare trasversalmente le aree sopra indicate; si tratta, infatti, di strumenti per rafforzare la trasparenza nel complesso sistema di interrelazioni interprofessionali e interistituzionali di cui è connotata l'organizzazione sanitaria.

Al fine di agevolare un'omogenea applicazione di tale ulteriore misura da parte dei soggetti destinatari del presente approfondimento, si rende disponibile sul sito istituzionale dell'Agenas una modulistica standard che costituisce in sé un modello di riferimento per l'identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica.

Nel corso del 2016 si valuterà l'eventuale adattamento dei modelli dichiarazione in uso nell'ASST con quelli di Agenas e l'eventuale implementazione dei modelli.

LE MISURE SPECIFICHE

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

1 Area Generale di rischio CONTRATTI PUBBLICI

1.1 Inserimento della clausola di divieto di pantouflage e assenza di conflitti di interesse dei componenti delle Commissioni di Gara

In ottemperanza al disposto di cui all'art. 53 comma 16 ter del D.Lgs. 165/01 si dispone 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.LGS. 265/2001.”;

Introduzione nei Bandi/Disciplinari/Capitolati, della clausola di richiesta del rispetto di quanto previsto da D.Lgs 165-01, art. 53 comma 16 ter.

Monitoraggio: verifica semestrale di un campione significativo dei bandi da parte del SITA e controllo semestrale, a cura del SITA, per i soggetti cessati con poteri autoritativi mediante richiesta agli aggiudicatari di riferimento di rispetto del divieto.

Acquisizione e verifica a campione da parte del SITA delle dichiarazioni rese dai membri delle Commissioni di Gara circa l'assenza conflitti interesse ex Codice etico e di Comportamento e assenza cause ostative ex art. 84 Codice Appalti (“Commissione giudicatrice nel caso di aggiudicazione con il criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa”) e predisposizione dei moduli a tal fine necessari, ove non esistenti, secondo i contenuti della determinazione n. 12/2015 dell’ANAC (pag.33-34).

1.2 Patti di integrità nelle procedure di gara e nella stipula di contratti

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, ex art. 11 comma 2 del D. Lgs. n. 163/2006.

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).

Negli artt. 14 e 18 del “Regolamento per la programmazione annuale degli acquisti di beni, servizi e per l’esecuzione di lavori nonché per le procedure d’acquisto di beni, servizi e per l’esecuzione di lavori in economia, ai sensi dell’art. 125 del D. L.gs. 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i” (v. infra paragrafo seguente) e nell’art. 60 del Codice etico e di comportamento (v. infra) della ASST di Monza è stato previsto che il Patto di Integrità costituisca parte integrante e sostanziale della lettera d’invito e comunque elemento essenziale del contratto.

Quanto sopra in coerenza con l’art. 1, comma 3 del Patto d’integrità approvato con DGR 1299/2014 in cui si afferma 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 nei bandi di gara e nelle lettere di invito.

CRONOPROGRAMMA PROCESSI per verifica rispetto dell’utilizzo dei PATTI DI INTEGRITA' NEGLI AFFIDAMENTI DI LAVORI, SERVIZI, FORNITURE

| PROCESSI INTEGRITA' AFFIDAMENTI | PATTI DI NEGLI | STRUTTURE COINVOLTE | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------------------------|----------------|--|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| UTILIZZO INTEGRITA' | PATTO DI | AGL/ UO Gestione Acquisti/ U.O. Tecnico patrimoniale/ U.O. Ingegneria Clinica/ Servizio di Farmacia | Applicazione Aggiornamento | Applicazione Aggiornamento | Applicazione Aggiornamento |

1.3 Programmazione acquisti beni e servizi

A seguito dell’esito dell’attività di verifica effettuata dal Comitato Regionale per la trasparenza degli appalti e sulla sicurezza dei cantieri, l’Azienda Ospedaliera San Gerardo ha ritenuto necessario, nel 2014, procedere ad una revisione del Regolamento aziendale per gli acquisti di beni e servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria e per l’esecuzione di lavori di importi inferiori a € 200.000, (approvato con deliberazione n. 198 del 27.3.2012), in modo da renderlo maggiormente aderente ai rilievi evidenziati dallo stesso Comitato, dall’Organismo di Vigilanza del Codice etico e comportamentale e dal Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

Ai sensi, inoltre, della determinazione n. 5 del 6.11.2013 dell’AVCP “Linee guida su programmazione, progettazione ed esecuzione del contratto nei servizi e nelle forniture” si è ritenuto opportuno disciplinare in modo puntuale anche l’attività di programmazione degli acquisti di beni e servizi nel rispetto dei principi di trasparenza e dei criteri individuati dagli artt. 271 e segg. del D.P.R. n. 207/2010.

Con decreto n. 385 del 20.11.2014, l’Azienda Ospedaliera San Gerardo ha approvato il nuovo Regolamento per la programmazione annuale degli acquisti di beni, servizi e per l’esecuzione di lavori, nonché per le procedure d’acquisto di beni, servizi e per l’esecuzione di lavori in economia, ai sensi dell’art. 125 del D. L.gs. 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i., su

proposta del R.P.C.T., di concerto con i Direttori dell'U.O. Gestione degli Acquisti e dell'U.O. Tecnico-Patrimoniale.

Tale strumento regolatorio si ritiene debba operare senza soluzione di continuità per le ragioni evidenziate nel paragrafo dedicato al Codice etico e di comportamento anche per la ASST di Monza

Il regolamento dispone, all'art. 2, che:

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 Unità Operative Gestione Acquisti, Tecnico-Patrimoniale, Ingegneria Clinica, Farmacia, Affari Generali e Legali e Servizi Informativi Aziendali presentano **entro il 31 dicembre di ogni anno una relazione** -previa acquisizione, ove necessario, del parere della Commissione HTA aziendale (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT) e dell'Organismo di Vigilanza del Codice etico-comportamentale- 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).*
3. *Per i servizi e le forniture, il Responsabile del procedimento, di norma, è anche il Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC).*
4. *Il programma annuale, in tal modo definito, deve essere approvato unitamente al bilancio preventivo, di cui costituisce parte integrante, e deve contenere l'indicazione dei mezzi finanziari stanziati sullo stato di previsione o sul bilancio dell'ente, ovvero disponibili in base a contributi o risorse dello Stato, delle regioni a statuto ordinario o di altri enti pubblici, già stanziati nei rispettivi stati di previsione o bilanci.*
5. *Resta salva la possibilità di avviare procedimenti per l'acquisizione di beni e servizi non previsti nella programmazione annuale in caso di urgenza risultante da eventi imprevisi o imprevedibili in sede di programmazione annuale.*
6. *Unitamente al programma annuale degli acquisiti di beni e servizi è approvato l'elenco annuale dei lavori predisposto dal Dirigente Responsabile dell'U.O. Tecnico-Patrimoniale che costituisce allegato del bilancio di previsione ai sensi dell'art. 13 del D.P.R. 5 ottobre 2010, n. 207.*

A tal proposito deve osservarsi che l'art.1, comma 505 della Legge di Stabilità 2016 (L. 28 dicembre 2015, n.208) ha previsto l'obbligo di approvazione da parte delle pubbliche amministrazioni, entro il mese di ottobre, 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 all'Ufficio Controllo di gestione, e pubblicati sul profilo del committente e sul sito informatico dell'Osservatorio dei contratti pubblici presso l'ANAC.

Alla luce della disposizione delle Legge di Stabilità dovrà coerentemente adeguarsi il testo del regolamento aziendale in parola.

La Relazione annuale di cui all'art. 2 precitato, nonché la delibera di recepimento del programma biennale per l'acquisizione di beni e servizi e dell'elenco annuale dei lavori dovrà essere trasmessa al RPCT che ne darà conto nella propria Relazione annuale.

1.4 Adeguamento del Regolamento *“Per la programmazione annuale degli acquisti di beni, servizi e per l'esecuzione di lavori, nonché per le procedura d'acquisto di beni, servizi e per l'esecuzione di lavori in economia ai sensi dell'art.125 del Dlg. 12 aprile 2016 n. 163 e sm.i”*

Con nota del 29 ottobre 2015, prot. n. 20888, la Direzione Strategica dell'Azienda Ospedaliera ha comunicato ai Direttori delle Area a rischio Contratti Pubblici l'obbligo di procedere alla consultazione di almeno 5 operatori per gli affidamento compresi tra € 10.000 e € 40.000, nelle more dell'adeguamento dei contenuti, in tal senso, del regolamento.

Nel corso del 2016 dovrà pertanto realizzarsi tale adeguamento dagli AA.GG.LL. di concerto con le Unità Operative interessate.

Il regolamento dovrà, altresì, essere adeguato in ossequio alle indicazioni contenute nella determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, dell'ANAC e nella legge di Stabilità per il 2016, prevedendo tra l'altro:

- linee guida che limitino il ricorso al criterio dell'OEPV in caso di affidamenti di beni e servizi standardizzati;
- sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione dei bandi e degli atti di gara dell'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara,
- obbligo di comunicazione al RPCT della presenza di ripetuti affidamenti ai medesimi operatori economici in un dato arco temporale;
- obbligo di effettuare avviso volontario per la trasparenza preventiva,
- termini obblighi di trasparenza nella composizione delle Commissioni di Gara e principio di rotazione dei Commissari;
- obbligo di preventiva pubblicazione online del calendario delle sedute di gara
- obbligo di formalizzazione e pubblicazione da parte dei funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria e con la seconda classificata, avendo riguardo a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi e societari, con riferimento agli ultimi 5 anni.

1.5 Alternanza nel ruolo di responsabile 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 deve essere attentamente valutata la possibilità di una rotazione degli incarichi di responsabile unico del procedimento che né la legge istitutiva, la n. 241/1990 e s.m.i, né il D.

Lgs.163/2006, configura come appannaggio esclusivo dei Dirigenti di Struttura Complessa .Il ruolo di Responsabile Unico del Procedimento può essere affidato anche a personale del comparto purchè in possesso dei necessari requisiti di idoneità professionale in relazione all'appalto da affidare.

Delle modalità di assegnazione del Ruolo di RUP i Direttori delle aree a rischio dovranno riferire nella relazione annuale ex art.43 da far pervenire entro il 15 dicembre del Codice Etico e di comportamento al RPCT.

2. Area Generale di rischio ACQUISIZIONE PERSONALE

2.1 Reclutamento in generale:

- Inserimento nel contratto di lavoro di clausola di presa visione ed accettazione del Codice etico e di Comportamento, da fare sottoscrivere ai neoassunti.
- Acquisizione e verifica a campione delle dichiarazioni rese, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445-00, dai membri delle Commissioni di concorso, circa assenza conflitti interesse ex Codice di Comportamento e assenza cause ostative ex art. 35 bis D.Lgs. 165-01;
- Acquisizione e verifica a campione delle dichiarazioni rese dai Dirigenti circa assenza cause incompatibilità, inconfiribilità ex D.Lgs n. 39/2013.

2.2 Assunzioni mediante rapporto di lavoro subordinato (a tempo indeterminato)

Attestazione da parte del Direttore della U.O. Gestione del personale, per ogni procedura di assunzione, del rispetto dei requisiti di cui alla check list allegata (All. 1)

2.3 Conferimenti incarichi libero-professionali

Attestazione da Parte del Direttore della U.O. gestione del personale, per ogni procedura di conferimento di incarico, del rispetto dei requisiti di cui alla check list allegata (All. 2)

2.4 Assegnazione borse di studio

Attestazione da parte del Direttore della U.O. Gestione del personale, per ogni procedura di assegnazione, del rispetto dei requisiti di cui alla check list allegata (All. 3)

2.5 Progressioni di carriera

Attestazione

da parte del Direttore della U.O. Gestione del personale, per ogni procedura di assegnazione, del rispetto dei requisiti di cui alla check list allegata (All. 4)

2.6 Posizioni Organizzative

Diffusione dell'avviso delle selezioni interne nella sezione Intranet e sul sito dell'ASST, con un congruo anticipo, dandone atto nel provvedimento di attribuzione dell'incarico.

3. Area generale di rischio: GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Oltre alle misure di trasparenza obbligatorie riguardanti le informazioni sugli immobili di proprietà di cui all'art. 30 del D. Lgs. n. 33/2013, si prevede nel corso del 2016 la pubblicazione sul sito web aziendale dei dati relativi al valore degli immobili di proprietà, utilizzati e non utilizzati, le modalità e le finalità di utilizzo. Qualora dovessero rendersi possibili operazioni di utilizzo da parte di terzi del patrimonio immobiliare, le singole procedure dovranno essere improntate, nella fase precedente alla stipula del contratto di diritto privato, al rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito.

4. Area di rischio specifica: ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

Il Direttore della U.O. competente dovrà procedere ad una verifica a campione (almeno il 10%) della del rispetto dei limiti di compatibilità dell'attività libero-professionale con quella istituzionale.

5. Area di rischio specifica: FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI.

Premesso che, come si legge nella determinazione ANAC n.12/2015 l'individuazione di misure di prevenzione per l'area di rischio specifica in parola, sarà oggetto di approfondimento nell'ambito del Tavolo tecnico tra ANAC, Ministero della Salute e Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) nella consapevolezza che in questa area di rischio interagiscono attori a diversi livelli, nazionale, regionale e locale, in questa sede deve anzitutto evidenziarsi che l'attuale fase di transizione è destinata ad incidere in modo profondo sull'assetto dei servizi dell' U.O. Farmacia in quanto dovranno essere rese omogenee le procedure per la gestione del Servizio Farmacia che insistono nel territorio, ed in particolare nel P.O. di Desio, ivi compresa la gestione dei magazzini dei Farmaci e dei Dispositivi.

Pertanto, nelle more della ridefinizione dell'assetto organizzativo, che verrà attuato con il POAS aziendale, in cui verrà stabilita anche la ripartizione delle competenze in merito alle procedure di acquisto, tra U.O. Gestione Acquisti -che attualmente ha in capo tutte le procedure di acquisto dei dispositivi medici e quella dei farmaci a mezzo delle procedure ad evidenza pubblica- e U.O. Farmacia, si confermano le prescrizioni del regolamento approvato con decreto n. 385 del 20 novembre 2014.

Si richiama in particolare l'obbligo, anche per il Direttore dell'U.O. Farmacia, della

programmazione annuale (*rectius* biennale ex Legge di Stabilità 2016) e del divieto di frazionamento artificioso per gli acquisti in economia (art. 4).

Inoltre, 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 alla le 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) .

Il Direttore Responsabile della U.O. Farmacia dovrà predisporre una procedura per l’affidamento delle forniture di farmaci in economia, che dovrà presentare nella relazione annuale ex art. 43 del Codice Etico e di Comportamento da far pervenire entro il 15 dicembre al RPCT.

Per quanto concerne le alte tecnologie e i dispositivi medici, si ricorda, che l’Azienda Ospedaliera San Gerardo ha costituito con decreto n. 232 del 17 aprile 2014 la Commissione per l’Health Technology Assesstment in esecuzione della DGR n. X/1185 del 20 dicembre 2013 avente ad oggetto *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2014”* in cui è stato descritto l’iter da osservarsi al fine di assumere decisioni in merito all’acquisto delle nuove tecnologie e i dispositivi medici:

- al fine di una corretta valutazione delle nuove tecnologie, l’Azienda dovrà presentare alla direzione Generale Salute, per attivare l’istruttoria, tutta la documentazione scientifica e di supporto alla richiesta di finanziamento;
- la Direzione Generale Salute si avvarrà, per le valutazioni, del supporto dei professionisti che lavorano nelle reti di patologia;
- per verificare l’appropriatezza e la convenienza economica relativa all’introduzione di nuovi dispositivi medici e la loro convenienza economica nonché il corretto utilizzo i percorsi terapeutici ogni Azienda dovrà prevedere un percorso finalizzato a raccogliere le evidenze relativamente all’efficacia e ai benefici correlati all’utilizzo dei nuovi dispositivi anche mediante la costituzione di una apposita Commissione Aziendale.

L’attività della Commissione HTA aziendale, che si ispira ai principi del processo di valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment) promosso dalla Direzione Generale della Regione Lombardia (DGR n° VIII/7856 del 30.07.2008), ha come principale scopo quello di fornire alla Direzione Aziendale un supporto operativo per i programmi di sviluppo e di rinnovamento tecnologico e di individuare, nelle nuove introduzioni di apparecchiature biomediche, di dispositivi medici e di farmaci, l’appropriato campo di applicazione, indicando i benefici attesi secondo criteri di scientificità ed economicità e valutando l’efficacia, dei costi e dell’impatto sull’organizzazione sanitaria dell’Azienda dovuto all’introduzione di nuove tecnologie.

Detta attività si configura, quindi, come un primo strumento di controllo interno a cui si

aggiunge, per le eventuali richieste di acquisizione di apparecchiature di valore superiore ad € 250.000, la redazione di una relazione istruttoria sull'acquisto da trasmettere alla "Commissione per le Tecnologie sanitarie " costituita nel 2013 dalla Direzione Generale Salute, con la validazione del Collegio Sindacale che attesti:

*“il razionale dell'intervento rispetto all'attività istituzionale svolta dall'azienda;
il livello di priorità dell'intervento e le sue motivazioni;
la coerenza dell'intervento con il quadro degli indirizzi di programmazione sanitaria regionale e territoriale;
i costi di gestione sorgenti e cessanti che derivano dall'intervento e la loro copertura nell'ambito delle risorse di bilancio aziendali” (da DGR XI/1185 del 20.12.2015).*

Di tali misure di controllo verrà dato conto nella Relazione annuale da parte del RPCT.

Per quanto attiene specificamente il settore della ricerca si richiamano i contenuti del "Regolamento per la ricerca e la sperimentazione clinica" adottato dall'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza con decreto n. 142 del 24 febbraio 2015, successivamente modificato con decreto n. 1105 del 10 novembre 2015 in cui si afferma tra l'altro che "Valutazioni di congruità, anche economica e fattibilità dello studio sono effettuate a cura dell'Ufficio Ricerca, tramite specifica istruttoria, fatte salve le valutazioni del Comitato Etico previste dalle norme vigenti".

Nell'assetto regolamentare in parola, che per le ragioni illustrate in precedenza deve ritenersi operativo senza soluzione di continuità anche per la ASST di Monza, all'Ufficio Ricerca è assegnata una funzione valutativa che può configurarsi come un ulteriore meccanismo di controllo interno. Detto Ufficio dovrà pertanto rapportarsi con il RPCT in caso di situazioni di criticità dal punto di vista etico/legale.

6.Area di rischio specifica: ESECUZIONE DEL CONTRATTO

Si prevede la stesura di una procedura per la verifica della legittimità delle varianti ai contratti e il rispetto dell'obbligo di trasmissione delle varianti all'ANAC.

Si prevede, altresì, l'obbligo del RUP 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.

Obbligo di comunicazione da parte del DEC delle verifiche di conformità ex artt. 312 e ss del DPR 5 ottobre 2010, n.207 laddove abbiano esito negativo.

7.Area di rischio specifica ATTIVITÀ' CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

L'Azienda Ospedaliera di Monza ha da tempo adottato una specifica procedura per la gestione di detto rischio che nel 2016 sarà estesa, se necessario, anche agli operatori del P.O. di Desio incorporato nella ASST di Monza.

SEZIONE 4

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'

L'enunciazione degli obblighi di trasparenza, prevista dal D. Lgs. n. 33 del 14.3.2013 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.

Il P.T.T.I. è volto, 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.

Il R.P.T.C. vigila per mezzo del SITA anche sul rispetto e l'operatività del programma triennale per la trasparenza, riconoscendo nella trasparenza dell'attività amministrativa, oltre che un valore etico, uno dei migliori strumenti preventivi della corruzione e delle condotte prodromiche.

A cura di ciascun responsabile di struttura è garantita 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, ovviamente nel rispetto della vigente normativa in materia di tutela del segreto e della riservatezza.

In particolare il R.P.T.C. per mezzo del SITA vigila, mediante verifiche a campione, affinché siano pubblicate a cura del responsabile di struttura, secondo le modalità del precedente comma, fin dalla prima applicazione del presente piano, le informazioni relative ai procedimenti amministrativi nelle seguenti materie:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al D. Lgs. n. 163/2006;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del D.Lgs. n.150/2009.

A seguito dell'entrata in vigore della legge di Stabilità 2016, **dovranno essere pubblicati nel loro testo integrale tutti i contratti stipulati in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti**, fatta salva la tutela di informazioni riservate di proprietà del committente o fornitore di beni e servizi.

Tale obbligo si applica anche ai contratti in corso alla data di entrata in vigore della Legge di Stabilità aventi ad oggetto la fornitura di beni e servizi di importo superiore al milione di euro.

Con riferimento ai procedimenti di cui alla lettera b) del secondo comma, il responsabile della prevenzione della corruzione verifica che il dirigente responsabile della struttura organizzativa competente per materia assicuri la pubblicazione nel sito web istituzionale le seguenti informazioni per ciascuna procedura:

- la struttura proponente;
- l'oggetto del bando, avviso o lettera d'invito;
- l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte;
- l'aggiudicatario;
- l'importo di aggiudicazione;
- i tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura;
- l'importo delle somme liquidate;
- il testo del contratto, ove previsto dalla normativa vigente.

Entro il 31 gennaio di ogni anno, tali informazioni, relativamente all'anno precedente, debbono essere pubblicate in tabelle riassuntive, redatte dagli uffici competenti per ciascun appalto e rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto che consenta di analizzare e rielaborare, anche a fini statistici, i dati informatici (cfr. art. 1, comma 32 della Legge n. 190/2012).

Il R.P.T.C. cura che siano trasmesse in formato digitale tali informazioni all'Autorità per la Vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, per gli adempimenti di legge e garantisce il rispetto delle indicazioni che l'Autorità fornirà con propria deliberazione circa le informazioni rilevanti e le relative modalità di trasmissione.

La mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni di cui sopra costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 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.

Si allegano al presente documento tabelle di sintesi degli obblighi di pubblicazione (Delibera ANAC n. 50/2013).

CRONOPROGRAMMA FASI PUBBLICAZIONE

| ADEMPIMENTI | STRUTTURE COINVOLTE | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Indicazioni Operative Aziendali | Responsabile PCT/Direzione | Aggiornamenti | Aggiornamenti | Aggiornamenti |
| Organizzazione ed effettuazione di momenti informativi a tutto il personale (per compiti e sanzioni etc.) | Ufficio Formazione | Vedasi Piano di Formazione Aziendale | Vedasi Piano di Formazione Aziendale | Vedasi Piano di Formazione Aziendale |
| Organizzazione e effettuazione formazione specifica per referenti | Ufficio Formazione | Vedasi Formazione | Vedasi Formazione | Vedasi Formazione |
| Pubblicazione dati | Tutte le UUOO interessate | Adeguamento alla normativa vigente | Aggiornamenti | aggiornamenti |

| | | | | |
|---|--|--|-----------------------|-----------------------|
| Sistemazione dati già pubblicati | Tutte le UUOO interessate | Aggiornamenti | Aggiornamenti | Aggiornamenti |
| CONTROLLI (su pubblicazioni e aggiornamenti) | Tutte le UUOO interessate/Ufficio comunicazione/Qualità/OIV/ | Monitoraggio costante (in primo luogo attraverso autocertific. responsabile/Referente tramite check list già inviata Poi controlli OIV, ,Responsabile PCT (come da piano integrazione con OIV) | Monitoraggio costante | Monitoraggio costante |

CRONOPROGRAMMA INIZIATIVE PER LA TRASPARENZA

| ADEMPIMENTI | STRUTTURE COINVOLTE | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|---------------------|---------------|---------------|---------------|
| Consolidamento network con altri Enti | Responsabile PCT | Aggiornamento | Aggiornamento | Aggiornamento |
| Realizzazione di misure di sensibilizzazione della cittadinanza per la promozione della cultura della legalità attraverso: <ul style="list-style-type: none"> - un'efficace comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi impostata e attuata mediante il P.T.P.C. - L'attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno alla p.a. di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi. | URP/Formazione | Aggiornamento | Aggiornamento | Aggiornamento |

SEZIONE 5

COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Il piano delle performance (art. 10, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 27.10.2009, n. 150 e s.m.i.) è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda. Definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è altresì uno strumento fondamentale attraverso cui trasparenza e prevenzione dell'illegalità si realizzano.

I processi e le attività di programmazione illustrati nelle sezioni del presente Piano dedicate alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, costituiscono obiettivi ed indicatori del ciclo della performance.

Analogamente a quanto attuato nel ciclo della performance 2015, le azioni individuate nel presente Piano saranno declinate come obiettivo delle UU.OO. coinvolte, indicandole nelle schede di budget tra gli "adempimenti", considerati requisito per l'accesso alla valutazione degli obiettivi di budget e misurato su indicatori con target assegnato e con esplicitazione dei criteri di valutazione.

Si evidenzia, infine, il ruolo del Nucleo di Valutazione delle Performance nel ciclo di verifica e di attestazione del rispetto degli obblighi di trasparenza, secondo le recenti indicazioni del D. Lgs 33/2013 e successive Delibere ANAC.

In particolare, il NVP promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità. L'ANAC, come strumento di verifica sugli adempimenti in materia di trasparenza, richiede al NVP attestazioni periodiche sulla pubblicazione di informazioni e dati che secondo la normativa vigente devono essere obbligatoriamente pubblicati nella sezione "Amministrazione trasparente" dei siti istituzionali. Tali attestazioni, relativamente agli anni 2014 e 2015 sono pubblicate sul sito: <http://hsgerardo.org/attestazioni-oiv>

DISPOSIZIONI FINALI

Il presente piano della prevenzione della corruzione è approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 12 del 26.1.2016 ed è immediatamente eseguibile. Sarà pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione trasparente" e diffuso tra il personale ed i collaboratori dell'Azienda.

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

* * *

Legenda delle abbreviazioni utilizzate:

ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle pubbliche amministrazioni ex CIVIT (Commissione Indipendente per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche)

FMEA: Failure Modes and Effects Analysis

NVP: Nucleo di Valutazione delle performance

OdV: Organismo di Vigilanza del Codice Etico-Comportamentale

OIV: Organismo Indipendente di Valutazione della performance

P.T.T.I.: Piano Triennale della Trasparenza e l'Integrità

PNA: Piano Nazionale Anticorruzione

P.T.P.C.: Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione

R.P.C.T: Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza

SITA: Servizio interno per la trasparenza e l'anticorruzione

P.O.A.S.: Piano di Organizzazione Aziendale Strategico

P.F.A.: Piano di Formazione Aziendale

U.O.: Unità Operativa

S.S.: Struttura Semplice

Allegati:

- 1) Check list "Assunzioni mediante rapporto di lavoro a tempo determinato"
- 2) Check list "Conferimento incarichi libero-professionali"
- 3) Check list "Assegnazione borse di studio"
- 4) Check list "Progressione di carriera"
- 5) Tabella della di sintesi obblighi di pubblicazione.