

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Monza

## PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

2020-2022  
*Edizione 2020*



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](http://www.asst-monza.it) P.IVA 09314290967 C.F. 09314290967

## Sommario

PREMESSA.....	4
1. FONTI NORMATIVE .....	5
Ulteriori documenti di riferimento .....	6
2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE.....	6
3. OGGETTO E FINALITA' DEL PTPC .....	7
4. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT) E I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	8
Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) .....	8
Altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, ruoli e responsabilità.....	10
5. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	14
6. METODOLOGIA E STRUMENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	14
7. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO .....	16
8. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E MAPPATURA DEI PROCESSI .....	18
9. VALUTAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO .....	22
10. TRATTAMENTO DEI RISCHI - MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	22
LE MISURE GENERALI.....	23
Formazione.....	23
Trasparenza .....	24
Tutela del whistleblower .....	25
Codice etico e di comportamento.....	26
Rotazione del personale e segregazione delle funzioni .....	27
Gestione dei conflitti di interesse.....	30
Misure ulteriori di prevenzione di natura trasversale.....	32
LE MISURE SPECIFICHE .....	32
11. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE .....	60
12. PIANO DELLA TRASPARENZA .....	61
13. L'ISTITUTO DELL' ACCESSO CIVICO.....	64
14. IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE .....	65
15. LE SANZIONI.....	66
DISPOSIZIONI FINALI.....	66

Allegati:

- Allegato 1 “Registro dei Rischi - PTPC 2020-2022 ASST Monza”
- Allegato 2 “ Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità”
- Allegato 3 “Elenco degli obblighi di pubblicazione”.
- Allegato 4 “*Cronoprogramma degli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza*”

---

## PREMESSA

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nell'elaborazione del PTPCT 2020 - 2022 e nella definizione delle misure di prevenzione della corruzione si è data partecipazione agli **stakeholder** anche attraverso comunicati mirati, in una logica di sensibilizzazione dei cittadini e delle imprese alla cura della legalità.

A tal fine in data 16/12/2019 è stato pubblicato sul sito web aziendale l'avviso di consultazione per l'aggiornamento del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza - PTPCT 2020/2022 - dell'ASST Monza rivolto agli **stakeholders**; entro il 31/12/2019, data di scadenza della presentazione di contributi, non è pervenuta all'Azienda alcuna osservazione.

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

Anche il **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni** (NVP) è chiamato a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle Amministrazioni e delle performance degli uffici e dei dirigenti responsabili. Detto organismo, anche ai fini della validazione della relazione annuale sulle performance, verifica che gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale siano coerenti con i contenuti del PTPCT e che nella valutazione e misurazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e agli obblighi di trasparenza. Inoltre è organizzato un incontro annuale di raccordo tra i due organismi.

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

---

## 1. FONTI NORMATIVE

---

- L. n. 190/2012 e s.m.i. *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*;
- D. L. gs. n. 39 dell’8/04/2013 *“Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’art. 1, commi 49 e 50, L. 190/12”*;
- D. L. gs. n. 33 del 14/03/2013 e s.m.i. *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell’informazione da parte delle pubbliche amministrazioni”*;
- D. L. gs. n. 165 del 30/03/2001 *“Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*;
- D. L. gs. n. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i. *“Codice in materia di protezione dei dati personali”*;
- D. L.gs. n. 150 del 27/10/2009 e s.m.i. *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*;
- D.P.C.M. del 16/01/2013 *“Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*;
- D.P.R. 16/04/2013, n. 62 *“Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del decreto legislativo 30/03/2001, n. 165”*;
- Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del 25/01/2013 *“Legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”* ;
- L. n. 124 del 7.8.2015, contenente *“Deleghe al governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”* - art. 7;
- D. L.gs. n. 50 del 18.4.2016 *“Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull’aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d’appalto degli enti erogatori nei settori dell’acqua, dell’energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”*;
- D. L. gs. n. 97 del 25.5.2016 *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*;
- Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano;
- Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2 del 30/05/2017 - *Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)*;
- D. Lgs. n. 56 del 19.04.2017 *Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50”*;

- legge 14 giugno 2019, n. 55, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 18 aprile 2019, n. 32, recante disposizioni urgenti per il rilancio del settore dei contratti pubblici, per l'accelerazione degli interventi infrastrutturali, di rigenerazione urbana e di ricostruzione a seguito di eventi sismici;
- Legge 27 dicembre 2019, n. 160 Legge di Bilancio 2020.

### Ulteriori documenti di riferimento

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

---

## 2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

---

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

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

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

- 1) Peculato (art. 314 c.p.);
- 2) Peculato mediante profitto dell'errore altrui (art. 316 c.p.);
- 3) Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato (art. 316-ter c.p.);
- 4) Concussione (art. 317 c.p.);
- 5) Corruzione per l'esercizio della funzione (art. 318 c.p.);
- 6) Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (art. 319 c.p.);
- 7) Induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319 Quater c.p.);
- 8) Istigazione alla corruzione;
- 9) Abuso d'ufficio (art. 323 c.p.);

- 10) Utilizzazione d'invenzioni o scoperte conosciute per ragioni d'ufficio (art. 325 c.p.);
- 11) Rivelazione e utilizzazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.);
- 12) Omissione o rifiuto di atti d'ufficio (art. 328 c.p.);
- 13) Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità (art. 331 c.p.);
- 14) Traffico di influenze illecite (art. 346 Bis c.p.);
- 15) Abusivo esercizio di una professione (art. 348 c.p.);
- 16) Turbata libertà degli incanti (art. 353 c.p.);
- 17) Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente (art. 353 bis c.p.);
- 18) Inadempimento di contratti di pubbliche forniture (art. 355 c.p.);
- 19) Frode nelle pubbliche forniture (art. 356 c.p.);
- 20) Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio (artt. 361, 362 c.p.);
- 21) Omissione di referto (art. 365 c.p.).

Si conferma la nozione assai più ampia di "corruzione", considerata dall'ANAC nel PNA 2013 e successivamente aggiornato, intendendo per tale non solo quella ricompresa nello specifico reato di corruzione e nel complesso dei reati contro la Pubblica Amministrazione, ma coincidente con "la *maladministration*", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari" Ricomprende, cioè, "quegli atti e quei comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità dell'amministrazione e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse".

L'Azienda, al fine di garantire quanto previsto dalla Legge n. 190/2012, include espressamente nel presente PTPCT 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 PTPCT 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.).

---

### 3. OGGETTO E FINALITA' DEL PTPCT

---

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

Il PTPCT rappresenta, quindi, lo strumento attraverso il quale l'Azienda descrive un processo articolato, in fasi tra loro collegate, finalizzato a formulare una strategia di prevenzione di fenomeni corruttivi. Vengono definite misure di prevenzione oggettiva, che mirano attraverso soluzioni organizzative, a ridurre ogni spazio possibile all'azione di interessi particolari volti all'improprio condizionamento delle decisioni pubbliche, e misure di prevenzione soggettiva che mirano a

garantire la posizione di imparzialità del funzionario pubblico che partecipa, nei diversi modi previsti dall'ordinamento ad una decisione amministrativa.

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

La redazione del PTPCT e dei suoi aggiornamenti avviene con il coinvolgimento dei soggetti che concorrono a vario titolo alla prevenzione dei fenomeni corruttivi.

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

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

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

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

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

L'arco temporale di validità del presente Piano è relativo al triennio 2020-2022 a scorrimento, e, pertanto, le disposizioni in esso contenute aggiornano e sostituiscono quelle di cui al PTPC 2019-2021, approvato con deliberazione n. 67 del 31/01/2019.

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

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

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

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

---

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

---

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

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



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

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

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

Tra i **compiti del RPCT** figurano:

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

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

- svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, segnalando al Direttore Generale, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari dell'Azienda, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- provvedere all'aggiornamento del piano della trasparenza;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato;
- segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente:
  - all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
  - al Direttore Generale e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Per incrementare le garanzie del ruolo esercitato dal RPCT è intervenuta l'estensione generalizzata della previsione di doveri di segnalazione all'ANAC di eventuali misure

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

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

Al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, come previsto dall'art. 41 del D Lgs. n. 97/2016, il Direttore Generale valuta le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei al RPCT.

È, dunque, altamente auspicabile, che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere.

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

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

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

In ASST Monza il ruolo di RPCT è stato attribuito con deliberazione n 670 del 30/06/2016 alla dott.ssa Roberta Mazzoli, dirigente amministrativo a tempo indeterminato, che è affiancato nella sua attività, non in via esclusiva, dalla sig.ra Mariagrazia Meroni, collaboratore amministrativo professionale esperto della S.C. Affari Generali e Legali e dal dott. Diego Facchinetti, assistente amministrativo della S.C. Gestione Risorse Umane.

In attuazione dell'art. 33-ter del D.L. 18.10.2012, n. 179, convertito con legge n. 221/2012, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), con deliberazione n. 15 del 29.1.2016, l'ASST Monza ha nominato Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) il Dott. Giordano Repossi, Direttore della S.C. Gestione Acquisti ed Economato.

Ai sensi della normativa vigente in materia e in particolare del DM 25 settembre 2015 Ministero dell'Interno, con deliberazione n. 42 del 16/01/2020 è stato nominato il gestore delle rilevazioni e delle segnalazioni delle operazioni sospette in materia di antiriciclaggio, nella persona del dott. Antonio Borreca, dirigente amministrativo della S.C. Tecnico Patrimoniale.

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

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

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

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

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

### **1. Il Direttore Generale**

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

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

### **2. La Commissione per l'Internal Auditing**

In considerazione della complessa organizzazione amministrativa e sanitaria dell'ASST-Monza si decide di costituire una Commissione per l'Internal Auditing composto da:

- Responsabile Qualità e Internal Auditing (IA) o suo delegato;
- Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT) o suo delegato;
- Direttore dell'U.O. Gestione Acquisti o suo delegato;
- Direttore dell'U.O. Affari Generali e Legali o suo delegato;
- Direttore dell'U.O. Economico Finanziaria o suo delegato o suo delegato;
- Direttore Medico di Presidio o suo delegato
- Direttore sanitario o suo delegato

Al fine di ottimizzare le risorse disponibili in ASST Monza e nell'ottica di realizzare uno scambio di informazioni e dati in merito alle attività di controllo, prevenzione e contrasto dei rischi connessi ai vari processi aziendali, la Commissione di IA è uno strumento che può essere utilizzato sia a supporto dell'attività di IA sia a supporto dell'attività del RPCT.

Il Responsabile IA convoca la Commissione IA per le funzioni relative all'attività di IA almeno due volte l'anno, e comunque secondo le scadenze comunicate da Regione Lombardia:

- per l'individuazione dei team di audit
- per il monitoraggio del piano di IA.

Il Responsabile IA può convocare la Commissione IA ogni qual volta si ravveda la necessità di rivedere il piano di IA o emergano mutamenti significativi nell'organizzazione aziendale o nell'attività dell'amministrazione.

La Commissione IA ha le seguenti funzioni:

- contribuisce alla composizione e pianificazione dei Piani Annuali di I.A. individuando le competenze degli auditor e definendo il team di audit
- nomina il personale individuato per lo svolgimento delle attività di IA
- propone alla Direzione Generale l'attivazione di consulenze esterne per la pianificazione ed esecuzione degli interventi di audit, qualora lo ritenga necessario per la mancanza di competenze adeguate o di risorse all'interno della ASST Monza, fatti salvi i vincoli di budget e le procedure ad evidenza pubblica per le selezioni

- recepisce gli esiti degli audit e le azioni di miglioramento concordate e può proporre ulteriori azioni di miglioramento
- se necessario, può richiedere la presenza del Team di Audit per chiarimenti circa l'esito degli audit.

### 3. I Dirigenti di Struttura

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

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, della Commissione per l'Internal Auditing e dell'autorità giudiziaria;
- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio;
- assicurano al RPCT il libero accesso a tutti gli atti dei rispettivi uffici;
- inoltrano una tempestiva segnalazione di comportamenti del personale loro affidato che siano inquadrabili nell'ambito della corruzione. Le segnalazioni devono essere inoltrate esclusivamente tramite portale "Whistleblower". I documenti allegati alla e-mail devono essere forniti in formato elettronico non modificabile (pdf o compatibile);
- rispondono al RPCT in merito a richieste estemporanee di informazione riguardanti atti o comportamenti inquadrabili nell'ambito della corruzione. Le comunicazioni di risposta devono essere fornite entro i termini richiesti dal RPCT esclusivamente tramite la posta elettronica aziendale utilizzando l'indirizzo e-mail [anticorruzione.trasparenza@asst-monza.it](mailto:anticorruzione.trasparenza@asst-monza.it). I documenti allegati alla e-mail devono essere forniti in formato elettronico non modificabile (pdf o compatibile);
- propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- svolgono attività formativa e informativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza a favore del proprio personale;
- assicurano l'osservanza del Codice etico e di comportamento in vigore in Azienda e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- si assumono la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operano in maniera tale che il proprio personale contribuisca e osservi le misure contenute nel PTPC;
- adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti dal Piano e dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., per quanto di propria competenza.

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

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

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

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

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

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) dell'ASST Monza:

- verifica il rispetto del principio del merito e il funzionamento complessivo del sistema di valutazione della performance organizzativa e aziendale, assicurando il coordinamento e lo scambio di informazioni con l'Organismo Indipendente di Valutazione regionale e il rispetto del principio della trasparenza,
- verifica l'effettiva e corretta identificazione delle performance perseguite dall'Azienda, attraverso la definizione di obiettivi, indicatori e target, in coerenza con il sistema di programmazione regionale e in coerenza con il D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., ove si afferma che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, e verifica, altresì, l'attribuzione degli obiettivi assegnati ai dirigenti e al personale del Comparto;
- valuta la correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance organizzativa e individuale del personale secondo i principi di merito ed equità, verifica la valutazione delle attività dei dipendenti del Comparto titolari di posizioni organizzative o incarichi di coordinamento e propone al Direttore Generale la valutazione dei dirigenti;
- valida la relazione sulle performance, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse impiegate;
- verifica la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle attribuzioni del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- verifica l'esecuzione e la metodologia in uso per le rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo;
- verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di trasparenza e anticorruzione e, **in particolare:**
  - svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione posti in capo al RPCT, segnalando i casi di mancato o ritardato adempimento;
  - verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel Piano delle Performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance;
  - esprime parere obbligatorio sul Codice etico e di comportamento;
  - anche ai fini della validazione della relazione sulle performance, verifica che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
  - verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta dal RPCT, relazione annuale che viene predisposta dal Responsabile e trasmessa al NVP, oltre che al Direttore Generale, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della Legge n. 190/2012;
  - riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

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

Il NVP, inoltre:

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

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

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari:

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

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

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

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

## 7. Gli *stakeholders*

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

---

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

---

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

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

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che l'ASST Monza si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2020 l'Azienda si impegna a:

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

---

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

---

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

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

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

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

### 1. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'ASST Monza si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'ideoneità delle misure di prevenzione.

Consiste nell'individuazione e descrizione delle **caratteristiche del territorio o del settore specifico**, nonché delle eventuali **relazioni con gli stakeholders** e di come possano influire sull'attività dell'amministrazione.

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

L'analisi del contesto interno riguarda sia gli aspetti legati alla **struttura organizzativa**, nella sua articolazione, evidenziando la dimensione dell'Azienda, anche in termini di dotazione di personale, sia la gestione dei processi, attraverso l'individuazione e analisi dei processi organizzativi, volta a far emergere, da un lato, il sistema di responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione (**mappatura dei processi**).

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

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

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

La mappatura dei processi relativi alle attività a rischio di corruzione avviene attraverso il coinvolgimento dei Responsabili delle competenti Strutture, sotto il coordinamento del RPCT.

### 3. VALUTAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO

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

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

sempre mediante una scala di misurazione ordinale del tipo: alto, medio, basso. Ogni misurazione deve essere accompagnata da dati ed evidenze.

- **ponderazione del rischio**, che prende in considerazione le risultanze dell'analisi del rischio, definendo le priorità di trattamento del rischio e le azioni da intraprendere.

#### 4. TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

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

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

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

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

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

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

#### 5. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

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

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

---

## 7. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

---

Come si evince dal "Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia" a cura dell'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano (anno 2018), nel complessivo contesto settentrionale il sistema sanitario lombardo è apparso soggetto, specie nell'ultimo decennio, a una più accentuata, insidiosa attenzione da parte degli interessi mafiosi. È infatti in questa regione, più che in altre, che i clan hanno mostrato di volere cogliere e sfruttare l'ampio orizzonte di opportunità economiche, sociali e "impunitarie" che il settore offre fisiologicamente.

La sanità lombarda costituisce un settore pregiato e di eccellenza di una delle regioni più progredite e ricche d'Europa. Un settore dinamico e punto di riferimento per gli utenti di ogni regione d'Italia, beneficiario di risorse ingenti, pubbliche e private.

L'elevata appetibilità della sanità per gli interessi mafiosi può essere ricondotta solo parzialmente alle opportunità (economiche, sociali...) che essa è in grado di offrire *in generale* alle organizzazioni mafiose.

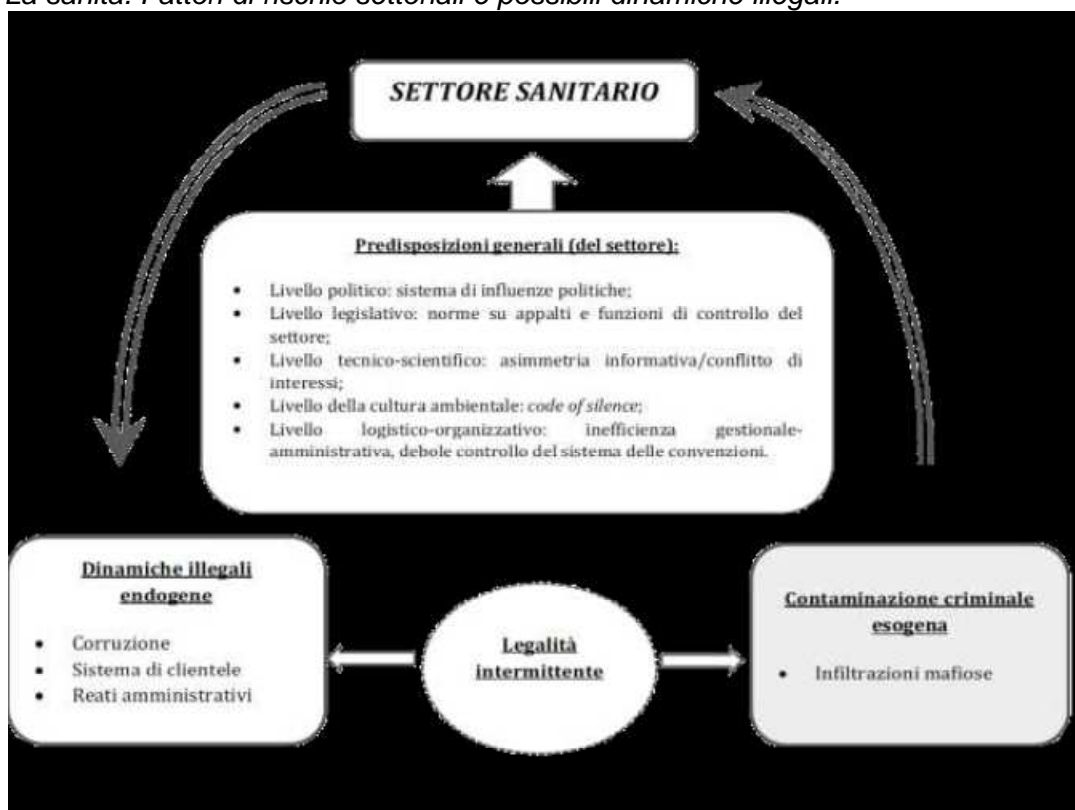
I fattori di rischio che espongono la sanità a episodi corruttivi e che riguardano, in sé, la struttura e l'organizzazione del settore sanitario come pure la sfera dei comportamenti soggettivi, ossia quelle disfunzionalità etico-deontologiche che ciclicamente trovano spazio nelle professioni mediche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

1. Il primo è di **natura politica**. Se da un lato è innegabile l'esistenza di un rapporto di necessità tra sanità e politica – e d'altronde non si avrebbe un sistema sanitario pubblico senza un intervento della politica – dall'altro il timore di un superamento dei corretti confini di indirizzo e controllo da parte della politica appare fondato in contesti che siano segnati da precarietà dello spirito pubblico.



2. Il secondo, di **natura legislativa**, comprende invece i fattori di rischio impliciti nelle normative, nazionali e regionali, che regolano il settore. Tra questi, il più evidente è rappresentato dalle nomine politiche regionali dei direttori generali delle Aziende Sanitarie introdotte dalla legge di riforma 229/99, le quali possono talora costituire il frutto di negoziazioni improprie tra interessi interni o esterni al sistema. Uno specifico fattore di rischio risiede nella normativa regolatrice degli appalti pubblici, attraverso cui politici e imprenditori di diversa natura - dagli addetti alla fornitura di strumentazioni mediche al servizio della mensa o della pulizia dei locali sanitari - possono intrattenere una relazione di scambio reciprocamente vantaggiosa.
3. Il terzo livello è di **natura tecnico-scientifica**. Condotte illegali all'interno del sistema sanitario possono essere favorite dalla complessità che notoriamente caratterizza il settore, da cui derivano relazioni e scambi fondati su una fisiologica asimmetria informativa che pongono alcuni interlocutori (medici, case farmaceutiche...) in condizione di conflitto di interessi. Ne sono esempi il rapporto che lega il paziente, debole e poco informato, al medico che agisce in sua vece determinando sia la domanda sia l'offerta sanitaria.
4. Il quarto livello pertiene invece alla specifica **cultura ambientale** che caratterizza il settore sanitario. Secondo alcune ricerche in materia di corruzione e malasanità, nel contesto italiano un atteggiamento di chiusura si è progressivamente esteso a tutti i livelli delle occupazioni medico-sanitarie, spesso restie a denunciare irregolarità procedurali e deontologiche verificatesi all'interno di strutture sanitarie pubbliche e private.
5. Infine, il quinto e ultimo livello individuato è di **natura logistico-organizzativa** e comprende le inefficienze amministrative che sono spesso attribuite ad alcuni sistemi sanitari regionali, le quali possono indirettamente agevolare condotte criminali interne ed esterne al settore. Ciò può essere in parte ricondotto all'eccesso di burocrazia che contraddistingue la sanità pubblica, riducendone la competitività rispetto al versante privato progressivamente in crescita.

*La sanità. Fattori di rischio settoriali e possibili dinamiche illegali.*



La comprovata efficienza del “modello sanitario lombardo” non è bastata a fare argine a fenomeni ambientali di legalità “intermittente”, aprendo di conseguenza varchi anche a soggetti criminali esterni al sistema. Tra questi la ‘ndrangheta, più di qualsiasi altra organizzazione mafiosa, è stata in grado di attuare una forma di contaminazione “multilivello” del settore, perseguendo sia necessità contingenti, sia strategie diversificate di più lungo respiro. Il problema non ha tuttavia interessato egualmente l'intera regione, ma si è concentrato lungo *il versante occidentale*

lombardo dove si sono registrati i maggiori episodi di contaminazione accertati (o in corso di accertamento), ricalcando appunto -ecco di nuovo l'importanza del contesto- le forme di distribuzione geografica della stessa organizzazione 'ndranghetista, i cui indici di presenza sono mediamente più elevati proprio nell'area occidentale della regione. La mappa che segue indica graficamente le provincie maggiormente interessate dal fenomeno (infiltrazione o tentata infiltrazione), o in cui si sono verificati casi di utilizzo logistico delle strutture ospedaliere come luoghi di incontro da parte degli esponenti mafiosi, anch'esso segno (certo minore), di una contaminazione subita dagli ambienti sanitari locali.

*La geografia delle infiltrazioni mafiose nella sanità lombarda: il "primato" del versante occidentale.*



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

### Struttura organizzativa

In attuazione della Legge Regionale di riforma del servizio socio-sanitario lombardo - L.R. n. 23 del 11 agosto 2015 - 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, attribuendo alla stessa il nuovo assetto con i presidi ospedalieri ed i relativi afferimenti, le strutture sanitarie e sociosanitarie.

Già il PTPC 2017-2019 aveva preso atto e dato conto del processo di trasformazione in corso, delle funzioni fondamentali poste in capo all'ASST di Monza, fornendo adeguate e puntuali informazioni per consentire all'ANAC di svolgere correttamente i propri compiti di vigilanza in materia.

L'ASST contempla all'1.11.2019 una dotazione organica come di seguito specificato:

- Dipendenti n. 4192 (esclusi Universitari)
- Dirigenti Medici e SPTA n.803
- Dirigenti S.C. n. 44 (esclusi Universitari), oltre Dirigenti f.f. S.C.
- Dirigenti S.S. n. 78
- Posizioni Organizzative n. 46

All'1.11.2019 l'assetto dell'ASST di Monza risulta così di seguito riportato:

**Ospedale San Gerardo di Monza** via Pergolesi, 33 Monza

**Ospedale di Desio**, via Mazzini, 1 Desio

**Strutture Territoriali:**

Comune	Indirizzo	Denominazione Struttura Sanitaria
Bovisio-Masciago	Via Cantu', 7	Uonpia - Amb.Extraosp. Bovisio
Bovisio-Masciago	Via Cantu',7	Consultorio Fam. Bovisio M.
Bovisio-Masciago	Via Cesare Cantu', 7	Ambulatorio Extraosp.
Brugherio	Via S. Margherita, 30/34	Cps -Centro Psicosociale
Brugherio	Via S. Margherita, 30/35	Centro Diurno Brugherio
Brugherio	Via S. Margherita, 30/36	Comunita' Protetta Brugherio e Comunita' Riabilitativa Alta Assistenza Brugherio
Brugherio	Viale Lombardia 270	Consultorio Fam. Brugherio
Brugherio	Viale Lombardia 270	Poliam.Specialistico-Brugherio
Brugherio	Viale Lombardia, 270	Uonpia Sede Ambulatoriale Brugherio
Brugherio	Viale Lombardia, 270	Servizio Vaccinazioni-Direzione Servizi Territoriali
Brugherio	Viale Lombardia, 270	Gestione Attivita' Amministrative-Direzione Servizi Territoriali - Scelta e revoca
Brugherio	Via Oberdan 83	Gestione Attivita' Amministrative-Direzione Servizi Territoriali - Continuità assistenziale
Brugherio	Viale Lombardia, 270	Cup
Cesano Maderno	Via Mercantini, X4 Ang. Via Leopardi	Cal Cesano Maderno
Cesano Maderno	Via S. Stefano 6/8	Cps Di Cesano Maderno
Cesano Maderno	Via S.Carlo Borromeo N.2	Uonpi - Amb.Extraosp. Cesano M
Cesano Maderno	Via S.Stefano 6/8	CDD di Cesano Maderno
Cesano Maderno	Via S.Stefano 6/8	Comunita' Riabilitativa Ad Alta Assistenza Cra "Casa Rosa" Residenziale Di Cesano Maderno
Cesano Maderno	Via S.Stefano 6/8	Cra "Casa Rosa" Semiresidenziale Di Cesano Maderno
Cesano Maderno	Via San Carlo Borromeo 2	Consultorio Fam. Cesano M.
Cesano Maderno	Via San Carlo Borromeo 2	Gestione Attivita' Amministrative-Direzione Servizi Territoriali
Cesano Maderno	Via San Carlo Borromeo 2	Servizio Vaccinazioni-Direzione Servizi Territoriali
Cesano Maderno	Via San Carlo Borromeo 2	Cup
Cesano Maderno	Via San Carlo Borromeo 2	Punto Prelievi
Cesano Maderno	Via San Carlo Borromeo 2	Ambulatori Specialistici (N.9)
Cesano Maderno	Via San Carlo Borromeo 2	Ambulatorio Extraospedaliero - Odontoiatria Service
Cesano Maderno	Via Padre Boga 2	Gestione Attivita' Amministrative-Direzione Servizi Territoriali - Continuità assistenziale
Desio	Via Foscolo 24	Consultorio Familiare -Desio
Desio	Via Foscolo 24	Gestione Attivita' Amministrative-Direzione Servizi Territoriali
Desio	Via Foscolo 24	Uoc-Direzione Dei Servizi Territoriali
Desio	Via Foscolo 24	Servizio Vaccinazioni-Direzione Servizi Territoriali - Certificazione medico legali
Desio	Via Foscolo 24	Ambulatorio Extraospedaliero - Odontoiatria Service
Desio	Via Foscolo 24	Cure Domiciliari-Ricca VMD

Desio	Via Gabellini, 22	Centro Semiresidenziale Terapeutico Per Adolescenti Di Desio
Desio	Via Gabellini, 22	Centro Terap.Psico-Socio Educ. Di Desio
Desio	Via Mazzini X	Poliambulatorio P.O. Desio
Desio	Via Mazzini X	Uonpi - Amb.Extraosp. Desio
Desio	Via Mazzini X	Servizio Vaccinazioni-Direzione Servizi Territoriali
Limbiate	Via Monte Grappa N.X9	Poliambulatorio Territoriale Limbiate
Limbiate	Via Monte Grappa N.24	Cpm "Il Glicine" Di Limbiate
Limbiate	Via Monte Grappa N.38	Cpm "Roseto" Di Limbiate
Limbiate	Via Monte Grappa N.40	R.S.D. Beato Papa Giovanni XXIII
Limbiate	Via Monte Nero X5/A	Cpm X-2 Piano Di Limbiate
Limbiate	Via Monte Nero N.X5/A	Cpb "Montenero Rialzato" Di Limbiate
Limbiate	Via Montegrappa X9	Centro Diurno Di Psichiatria "Aquarius"
Limbiate	Via Montegrappa X9	Centro Diurno Di Psichiatria Corberi "Ospedaliero"
Limbiate	Via Montegrappa X9	Centro Integrato Di Psichiatria Corberi
Limbiate	Via Montegrappa X9	Centro Residenziale Di Psichiatria Corberi Nucleo "Mingazzini"
Limbiate	Via Montegrappa X9	Centro Residenziale Di Psichiatria Corberi Nucleo "Montessori"
Limbiate	Via Montegrappa X9	Centro Residenziale Di Psichiatria Corberi Nucleo "Ospedaliero"
Limbiate	Via Montegrappa 40	Consultorio Familiare Limbiate
Limbiate	Via Montegrappa 40	Sert Limbiate
Limbiate	Via Montegrappa 40	Gestione Attivita' Amministrative-Direzione Servizi Territoriali - Scelta e revoca e estero
Limbiate	Via Montegrappa 19	Gestione Attivita' Amministrative-Direzione Servizi Territoriali - Continuità assistenziale
Limbiate	Via Montegrappa 19	Servizio Vaccinazioni-Direzione Servizi Territoriali
Limbiate	Via Montegrappa 19	Cup
Limbiate	Via Montegrappa 19	Punto Prelievi
Limbiate	Via Montegrappa 19	Odontoiatria Service.-Amb. Extraospedaliero
Limbiate	Via Montegrappa 19	Ambulatori Specialistici (N.5)
Limbiate	Via Trieste N.X6X	Cpb "Trieste" Di Limbiate
Limbiate	Viale Lombardia N.45	Cpb "Lombardia" Di Limbiate
Monza	Via Aliprandi, 23	Centro Psico Sociale Monza
Monza	Via Boito 2	Consultorio Fam. Boito Monza
Monza	Via Boito 2	Uoc-Direzione Dei Servizi Territoriali SUW
Monza	Via Boito 2	Uoc-Medicina Legale
Monza	Via Boito 2	Gestione Attivita' Amministrative-Direzione Servizi Territoriali
Monza	Via Boito 2	Cure Domiciliari-Ricca
Monza	Via Pacinotti 2 C/O Croce Crossa Italiana	Gestione Attivita' Amministrative-Direzione Servizi Territoriali - Continuità assistenziale
Monza	Via De Amicis, X7	Consultorio Familiare -Monza
Monza	Via De Amicis, X7	Servizio Vaccinazioni-Direzione Servizi Territoriali
Monza	Via Giordano N. 9	Centro Diurno Casa Di Bianca
Monza	Via Giordano, 9	Centro Diurno Monza
Monza	Via Pergolesi 33	Ambulatorio Psichiatria E Psicologia Clinica

		Ospedale San Gerardo
Monza	Via Pergolesi, 33	Cal-Centro Assistenza Limitata Monza
Monza	Via Pergolesi, 33	Poliambulatorio Ospedale San Gerardo
Monza	Via Pergolesi, 33	Uonpia Polo Ospedaliero Monza
Monza	Via Pergolesi, 33	Dca- Disturbo Comportamento Alimentare
Monza	Via Sanquirico - C/O Casa Circondariale	Gruppo Operativo Carcere
Monza	Via Solferino X6	Centro Polivalente Policonsumatori
Monza	Via Solferino X6	Centro Tabagismo
Monza	Via Solferino X6	Uonpia Polo Territoriale Monza
Monza	Via Solferino N. X2	S.E.R.T.- Monza
Monza	Via Solferino N. X6	N.O.A. - Monza
Monza	Via Solferino, X6	Poliambulatorio Monza
Muggio'	Via Dante 4	Consultorio Fam. Muggio'
Muggio'	Via Dante 4	Servizio Vaccinazioni-Direzione Servizi Territoriali
Muggio'	Via Dante 4	Ambulatorio Pediatrico
Muggio'	Via De Gasperi, X4	Odontoiatria Service.-Amb. Extraospedaliero
Muggio'	Via De Gasperi, X4	Punto Prelievi
Muggio'	Via De Gasperi, X4	Ambulatori Specialistici (N.5)
Nova Milanese	Via Giussani Xi	Consultorio Fam. Nova Mil.Se
Nova Milanese	Via Giussani, Xi	Odontoiatria Service.-Amb. Extraospedaliero
Nova Milanese	Via Giussani, Xi	Uoc-Direzione Dei Servizi Territoriali Commissione invalidi
Nova Milanese	Via Giussani, Xi	Punto Prelievi
Nova Milanese	Via Giussani, Xi	Ambulatori Specialistici (N.8)
Nova Milanese	Via Croce Rossa 2	Gestione Attivita' Amministrative-Direzione Servizi Territoriali - Continuità assistenziale
Varedo	Via S.Giuseppe X3	Uonpi - Amb.Extraosp. Varedo
Varedo	Via San Giuseppe X3	Consultorio Familiare -Varedo
Villasanta	Piazza Erba X2	Consultorio Fam. Villasanta

Il documento con il quale è stata definita ed aggiornata la struttura organizzativa dell'ASST di Monza è il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 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 Strategica ritiene debbano costituire l'asse portante del miglioramento verso una sempre maggior efficienza ed efficacia dei servizi socio-sanitari erogati alla popolazione.

Il POAS 2016-2018 dell'ASST di Monza, in vigore al momento di approvazione del presente Piano, redatto in coerenza con le indicazioni e le linee guida regionali n. X/5113 del 29.4.2016 e n. X/5513 del 2.8.2016, è stato adottato con deliberazione n. 1255 del 28.10.2016 e approvato da Regione Lombardia con D.G.R. n. X/6295 del 06.03.2017.

## Mappatura dei processi

I processi relativi ad attività a rischio di corruzione oggetto della mappatura, per i quali, attraverso il coinvolgimento diretto dei Responsabili delle competenti Strutture, è stata effettuata l'analisi del rischio, coinvolgono le seguenti aree di rischio e sono riportati nell'Allegato 1 al presente Piano:

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

Nel corso dell'anno 2019 è stata effettuata una mappatura aggiornata dei processi organizzativi dell'ASST Monza, introducendo e parzialmente aggiornando alcune attività, in funzione delle modifiche organizzative in atto. Nella tabella Allegato 1 al presente Piano sono riportati tutti i processi/fasi oggetto della mappatura per i quali sono stati individuati rischi corruttivi.

---

## 9. VALUTAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO

---

Sempre nel corso dell'anno 2019, a seguito della revisione della mappatura dei processi, sono state effettuate le rivalutazioni dei rischi specifici attraverso un'analisi di tipo qualitativo come descritto al precedente paragrafo 6., che ha fornito gli esiti di cui all'Allegato 1 al presente Piano. Per l'anno 2020 sarà convocata la Commissione Internal Auditing per la valutazione congiunta dei livelli di rischio sulla base dei dati raccolti, al fine di verificare i risultati indicati in prima autovalutazione.

Nella tabella **Allegato 1 “Registro dei Rischi - PTPCT 2020/2022”** sono indicati, per ciascuna area di rischio, i processi/sottoprocessi valutati, la descrizione degli eventi rischiosi, le Strutture coinvolte e la valutazione complessiva del rischio.

---

## 10. TRATTAMENTO DEI RISCHI - MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

---

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

Le misure devono rispondere ai seguenti requisiti:

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

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

➤ **Relazione sull'attività RPCT – Monitoraggio del PTPCT e delle misure di prevenzione della corruzione – anno 2019**

Il RPCT annualmente predisponde, sulla base di precise indicazioni di ANAC, una Relazione (Relazione annuale RPCT) sull'attività svolta; tale Relazione è inviata al Direttore Generale e al Nucleo di Valutazione delle prestazioni e successivamente pubblicata sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti Corruzione" entro il 31 gennaio di ogni anno.

Inoltre dalle risultanze degli Audit semestrali ed annuali programmati nel PTPCT ed effettuati dal RPCT con la collaborazione della Commissione Internal Auditing, viene redatto un Consuntivo, al 31 dicembre di ciascun anno, sugli esiti dei monitoraggi sull'attuazione delle misure per la prevenzione della corruzione indicate annualmente nel Piano, pubblicato sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti Corruzione".

I suddetti documenti risultano strumenti utili per la redazione dell'aggiornamento del PTPCT per l'anno successivo.

Alla data di approvazione del presente Piano, l'attività di monitoraggio sulle misure per la prevenzione della corruzione al 31/12/2019 ha evidenziato un buon grado di raggiungimento delle azioni programmate (n. 43) e degli obiettivi assegnati, così come riportati nell'Allegato 2 al PTPCT 2019 – 2021, pari a circa il 99% complessivo. Gli scostamenti rispetto alle azioni programmate hanno dato origine a due soli rilevi nei confronti dei Responsabili di struttura, che potranno in essere azioni di miglioramento nel corso dell'anno 2020.

A seguito degli esiti di cui sopra, nell'**Allegato 2 "Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"** al presente Piano sono raccolte tutte le misure programmate per il triennio di validità dello stesso, con indicazione dei tempi di attuazione, del soggetto responsabile e con l'individuazione degli indicatori di monitoraggio.

## **LE MISURE GENERALI**

### **Formazione**

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

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

Nel corso dell'anno 2019 l'ASST Monza ha realizzato i seguenti eventi formativi a favore del personale delle aree a maggior rischio corruttivo:

- 1) Corso in aula: PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA. AGGIORNAMENTO E REVISIONE AREE DI COMPETENZA RIFERITE ALLA MAPPATURA DEI "RISCHI SPECIFICI";
- 2) Corso in aula: LA RESPONSABILITA' DISCIPLINARE DEI DIPENDENTI PUBBLICI NELLA SANITA'
- 3) Corso FAD: ATTUAZIONE DELLA L. N. 190/2012: PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, TRASPARENZA e PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA. (PROSECUZIONE DELL'ANNO 2018).

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

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

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

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

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

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Formazione	RPCT	Diffondere la conoscenza dell'etica e della prevenzione della corruzione nelle aree a rischio e a tutti i dipendenti	Realizzazione dei corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Realizzazione del 100% dei corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Annuale	Resp. S.S. Formazione  31/12 di ciascun anno
Formazione	Tutti i Direttori/ Responsabili di Struttura Complessa/ Semplice delle aree a rischio individuate nel PTPCT	Diffondere la conoscenza dell'etica e della prevenzione della corruzione nelle aree a rischio e a tutti i dipendenti	Partecipazione ai corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno da parte del personale della Struttura	Partecipazione di almeno il 50% del personale afferente alla struttura ai corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Annuale	Resp. S.S. Formazione  15/01 di ciascun anno

### Trasparenza

La trasparenza è una misura di estremo rilievo ed è fondamentale per la prevenzione della corruzione.

Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ambito dell'attività pubblica.

L'enunciazione degli obblighi di trasparenza, prevista dal D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. recante il *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*, richiamando i principi contenuti nel D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009, detta le disposizioni che le Amministrazioni Pubbliche devono seguire in riferimento alla pubblicazione sul proprio sito istituzionale di dati e informazioni soggetti a tale obbligo.

Trasparenza e prevenzione della corruzione si intersecano a tal punto che l'ANAC ha voluto identificare in un solo soggetto il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e il Responsabile per la Trasparenza. Il presente Piano dedica un'apposita sezione alla trasparenza (Piano della trasparenza) all'interno della quale, oltre agli obblighi di pubblicazione ed alle relative tempistiche, sono indicati i soggetti a cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne all'Azienda, ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.



## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Vedi **Allego 3 “Elenco degli obblighi di pubblicazione”** al PTPCT

### Tutela del whistleblower

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

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

Con Comunicato del Presidente del 15 gennaio 2019, l'ANAC ha reso disponibile in open source il software per la gestione informatica delle segnalazioni degli illeciti, “*Whistleblower*”, nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dalla normativa vigente, da parte dei pubblici dipendenti, così come raccomandato dal disposto dell'art. 54 bis, comma 5, del D. L. gs. n. 165/2001 e previsto dalle Linee Guida di cui alla Determinazione n. 6 del 2015.

La piattaforma consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di presunti fatti illeciti, nonché la possibilità per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), che riceve tali segnalazioni, di comunicare in forma riservata con il segnalante senza conoscerne l'identità. Quest'ultima viene segregata dal sistema informatico ed il segnalante, grazie all'utilizzo di un codice identificativo univoco generato dal predetto sistema, potrà “dialogare” con il RPCT in maniera spersonalizzata tramite la piattaforma informatica. Ove ne ricorra la necessità il RPCT può chiedere l'accesso all'identità del segnalante, previa autorizzazione di una terza persona (il cd. “custode dell'identità”).

Il sistema viene fornito completo di un modello di segnalazione predisposto da ANAC che può essere completamente personalizzato dall'utilizzatore.

Con deliberazione n. 979 del 10.7.2019 l'ASST Monza ha aggiornato il Regolamento per la tutela del dipendente che segnala illeciti - “*Whistleblowing*”, a suo tempo approvato con deliberazione n. 404 del 3.5.2016.

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

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

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Whistleblowing	RPCT	Gestione delle segnalazioni	Relazione annuale inviata in Regione Lombardia	Invio della relazione nel rispetto dei tempi indicati da Regione Lombardia	Annuale	Commissione Internal Auditing  15/01 di ciascun anno

## Codice etico e di comportamento

Il Codice etico e di comportamento è un documento che contiene, da un lato, la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell'Azienda nei confronti dei "portatori di interesse" (persona-cliente, dipendenti, fornitori) e, dall'altro, definisce l'etica di comportamento che deve essere tenuta dai propri dipendenti.

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

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

Tra le misure introdotte nel corso dell'anno 2016, l'ASST ha previsto l'inserimento nei contratti di lavoro di specifica clausola di presa visione ed accettazione del proprio Codice etico e di comportamento, da fare sottoscrivere ai neoassunti.

Nel corso del 2018, l'ASST Monza, con deliberazione n. 2282 del 18.12.2018 ha adottato il nuovo Codice, in ottemperanza agli obblighi introdotti dalla Legge 190/2012 e sm.i. e dal D.P.R. n. 62/2013, alla luce delle "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), oltre che della DGR X/6062 del 29.12.2016 "*Approvazione del nuovo codice di comportamento per il personale della Giunta di Regione Lombardia*".

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

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

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

- delle norme, delle prescrizioni, dei precetti, delle raccomandazioni, desumendolo dall'andamento positivo delle relazioni della compagine sociale, dalle relazioni formali degli organismi presenti anche a livello sindacale;
- delle procedure imposte, col coinvolgimento sostanziale di tutti i dirigenti, cui grava l'onere di collaborare, nel pretendere dai propri collaboratori una condotta irreprensibile, nel segnalare proficuamente le disfunzioni e le anomalie riscontrate, nel contribuire ad accertare inequivocabilmente le condotte riprovevoli;
- del precetto che impone che gli elementi relativi alle violazioni del Codice etico e di comportamento sono sanzionabili.

Il Codice etico e di comportamento mira ad essere uno strumento utile ed indispensabile per prevenire i fenomeni di corruzione ed a tal fine costituisce un elemento essenziale del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

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

Con deliberazione n. 996 del 18.7.2019 è stato adottato il Regolamento per i procedimenti disciplinari per il personale della Dirigenza e del Comparto ed il funzionamento dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD).

Al fine di consentire un adeguato monitoraggio e di garantire i flussi informativi necessari al RPCT per la redazione della relazione annuale, è previsto che l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari (UPD) predisponga, con cadenza annuale, una relazione da consegnare al RPCT, nella quale venga dato

atto dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Codice etico e di comportamento	UPD per il tramite del Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Gestione delle violazioni del Codice	Relazione da presentare al RPCT dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza	Produzione della relazione	annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno
Codice etico e di comportamento	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Diffusione conoscenza del Codice a tutto il personale neoassunto	Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del Codice	Inserimento nel 100% dei contratti individuali della clausola di presa visione	Al momento della stipula del contratto di lavoro	Commissione Internal Auditing  Verifica semestrale di n. 5 contratti individuali di lavoro  15/07 e il 15/01 di ciascun anno
Codice etico e di comportamento	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Verifica della conoscenza del Codice e della normativa in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza all'atto della selezione del personale	Inserimento nei bandi di selezione del personale di nozioni in merito al Codice etico e di comportamento ed alla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Inserimento nel 100% dei bandi di selezione del personale di conoscenza di nozioni in merito al Codice etico e di comparto ed alla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	All'atto dell'emissione del bando	Commissione Internal Auditing  Verifica annuale di n. 2 bandi per selezione del personale  15/01 di ciascun anno

### Rotazione del personale e segregazione delle funzioni

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

L'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D. L.gs. n. 165 del 2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali *“provvedano al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento*

*motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”.*

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

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

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

In particolare, occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione, senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Infatti tale misura presenta non poche difficoltà, in considerazione del fatto che essa si pone in contrasto con il principio di continuità dell'azione amministrativa che invece comporta la valorizzazione delle professionalità acquisite dai dipendenti. Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via di emergenza o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale. Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza “interna” delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. “segregazione delle funzioni”.

I Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro per l'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria e per l'Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa, sottoscritti in data 8.6.2000, includono infatti, tra i criteri per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali, anche il “criterio della rotazione ove applicabile”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'Azienda, in applicazione ai suddetti principi, compatibilmente con le disposizioni normative e contrattuali specifiche delle Azienda Sanitarie, ha adottato con deliberazione n. 2285 del 18.12.2018 il "*Regolamento aziendale sulla rotazione del personale nelle aree a rischio corruzione*".

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

In particolare la rotazione ordinaria riguarderà le seguenti Aree:

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

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

Per l'anno 2019 è stata avviata la programmazione ordinaria all'interno delle strutture a rischio di corruzione, comportando anche una rivalutazione da parte dei responsabili di struttura una rivalutazione organizzativa interna. Per l'anno 2020, nella aree a rischio, in particolare per le seguenti Aree di rischio:

- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio – Recupero dei crediti e transazioni con i debitori - S.C. Affari Generali e Legali e S.C. Economico Finanziaria;
- Incarichi e nomine - Autorizzazioni incarichi extraistituzionali ex art. 53 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.

si prevede che venga adottata una corretta articolazione dei compiti e delle competenze, prevedendo meccanismi di condivisione delle fasi procedurali.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Rotazione del personale e segregazione	S.C. Gestione Risorse Umane	Rispetto del principio di rotazione	Disciplinare all'interno del Regolamento	Provvedimento di adozione del Regolamento	31/12/2020	RPCT 31/12/2020

delle funzioni		straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l quater, del D. L.gs. n. 165 del 2001	per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali – Area medica e veterinaria e SPTA l'istituto della rotazione straordinaria			
Rotazione del personale e segregazione delle funzioni	S.C. Affari Generali e Legali e S.C. Economico Finanziaria S.C. Gestione Risorse Umane	Attuazione del principio di rotazione ordinaria degli incarichi/ segregazione delle funzioni	Articolazione dei compiti e delle competenze, prevedendo meccanismi di condivisione delle fasi procedurali nel rispetto dei Regolamenti	Predisposizione di una procedura che metta in evidenza compiti, responsabilità e controlli all'interno di ciascuna struttura	30/06/2020	RPCT 30/06/2020

## Gestione dei conflitti di interesse

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

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

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

Le suddette dichiarazioni pubbliche di interessi rappresentano un'ulteriore misura di prevenzione della corruzione da inserirsi tra le azioni di contrasto a potenziali eventi a rischio corruttivo che possono riguardare trasversalmente le aree sopra indicate.

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

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

sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine dell'Azienda.

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

In quest'ottica l'ASST, con deliberazione n. 2286 del 18.12.2018, ha approvato il Regolamento in materia di conflitti di interesse (corredato da idonea modulistica), tenendo conto di due aspetti fondamentali:

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

Fermi restando gli obblighi di legge previsti per i casi specifici, l'Azienda ha già da tempo disciplinato la procedura di verifica e gestione delle situazioni di conflitto di interesse in specifici articoli dedicati alla tematica in questione.

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

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

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

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

Nel corso dell'anno 2018 è stato costituito un gruppo lavoro formato dal Responsabile della S.C. Gestione Risorse Umane, dal Responsabile del Servizio Informativo Aziendale e dal Direttore del Dipartimento Amministrativo, che si è occupato di realizzare una cartella elettronica condivisa tra le diverse Strutture interessate per la gestione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse raccolte, al fine di potere effettuare le dovute verifiche interne sui soggetti ai quali vengono conferiti dall'Azienda poteri autoritativi e negoziali, attraverso i dati raccolti anche sulle autorizzazioni concesse agli stessi per attività extra ufficio (ex art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.).

La cartella risulta regolarmente alimentata ed utilizzata nel corso dell'anno 2019.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

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

						15/07 e 15/01 di ciascun anno
Gestione conflitti di interesse	Direttori S.C. Gestione Risorse Umane  Ingegneria Clinica  Gestione Acquisti ed Economato  Tecnico Patrimoniale  Formazione  Ricerca e Sperimentazioni Cliniche  Affari Generali e Legali	Evitare che la condizione di conflitto di interessi si trasformi in un comportamento illecito	Alimentazione costante della cartella condivisa per la verifica e gestione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse e delle autorizzazioni ex art 53 D.Lgs. 165/2001	Inserimento di almeno il 90% delle dichiarazioni e delle autorizzazioni	Al momento della raccolta	Commissione Internal Auditing  15/07 e 15/01 di ciascun anno

### Misure ulteriori di prevenzione di natura trasversale

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

- l'articolato sistema dei controlli interni costituito da:
  - Sistema Qualità: l'Azienda è certificata 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, Internal Auditing, anche a supporto degli organismi istituzionali di controllo esterno (quali il NVP);
- l'insieme dei Regolamenti Aziendali, che disciplinano gli ambiti di attività dell'azienda;
- l'informatizzazione diffusa dei processi aziendali, che consente per tutte le attività dell'Azienda la tracciabilità dello sviluppo del processo.

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

### **LE MISURE SPECIFICHE**

Vengono di seguito evidenziate le misure specifiche relative alle singole aree di rischio suddivise per area di interesse (riportate in sintesi nell'Allegato 2) e che si aggiungono a quelle generali trasversali riportate nei punti precedenti.

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

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



successivo.

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

Sono di seguito riportate le misure già introdotte negli anni 2016, 2017, 2018 e 2019 e che saranno mantenute anche per il triennio di vigenza del presente Piano, con indicazione di alcune nuove misure specifiche, riportate altresì nell'Allegato 2.

### **1.1 Clausola di divieto di pantouflage**

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

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

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

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

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

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

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Divieto di pantouflage	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale  Direttore S.C. Ingegneria Clinica  Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Inserimento negli schemi contrattuali con i fornitori della clausola di divieto di pantouflage	Inserimento della clausola nel 100% degli schemi contrattuali	All'atto della stesura dello schema contrattuale	Commissione Internal Auditing  Verifica semestrale di n. 3 schemi contrattuali  15/07 e 15/01 di ciascun anno

### 1.2 Patti di integrità

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

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

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

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

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Patto di integrità	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale  Direttore S.C. Ingegneria Clinica  Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Evitare eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive	Inserimento nelle lettere di invito/schema contrattuale del Patto di integrità	Inserimento del Patto di integrità nel 100% delle lettere di invito/schema contrattuale	All'atto della stesura della lettera di invito/schema contrattuale	Commissione Internal Auditing  Verifica semestrale di n. 3 lettere di invito/schemi contrattuali  15/07 e 15/01 di ciascun anno

Patto di integrità	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.C. Ingegneria Clinica Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Evitare eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive	Inserimento nel Patto di integrità di sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente si di aggiudicatario, in caso di violazioni degli impegni sottoscritti	Inserimento nel 100% dei Patti di integrità delle sanzioni a carico dell'operatore in caso di violazione	All'atto della stesura della lettera di invito/ schema contrattuale	Commissione Internal Auditing  Verifica semestrale di n. 3 lettere di invito/schemi contrattuali  15/07 e 15/01 di ciascun anno
--------------------	--	--	--	--	---	---

### 1.3 Programmazione dei fabbisogni

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

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

Il programma biennale, predisposto sulla base dei fabbisogni di beni e servizi, deve indicare **l'oggetto delle prestazioni, la quantità, ove disponibile il numero di riferimento della nomenclatura, le relative tempistiche.** Il programma biennale e gli aggiornamenti sono comunicati alla S.S. Controllo di Gestione, e pubblicati sul profilo del committente e sul sito informatico dell'Osservatorio dei contratti pubblici presso l'ANAC, nonché nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale.

L'art. 21 del D. Lgs n. 50/2016 e s.m.i. (nuovo Codice dei contratti pubblici) rafforza il concetto di programmazione dei fabbisogni, specificando che *"Le amministrazioni aggiudicatrici adottano il programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio" ... "Il programma triennale dei lavori pubblici e i relativi aggiornamenti annuali contengono i lavori il cui valore stimato sia pari o superiore a 100.000 euro e indicano" ... "i lavori da avviare nella prima annualità, per i quali deve essere riportata l'indicazione dei mezzi finanziari stanziati sullo stato di previsione o sul proprio bilanci..."*  
*"Il programma biennale di forniture e servizi e i relativi aggiornamenti annuali contengono gli acquisti di beni e di servizi di importo unitario stimato pari o superiore a 40.000 euro"*  
*"Il programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali sono pubblicati sul profilo dell'azienda, sul sito informatico del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e dell'Osservatorio..."*

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

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

Ne è derivata la necessità, emersa dalle S.C. Gestione Acquisti, S.C. Gestione Tecnico-Patrimoniale, S.S. Ingegneria Clinica, S.C. Economico-Finanziaria, S.C. Affari Generali e Legali di agire negli ambiti nei quali la normativa lascia spazio alla semplificazione dell'azione amministrativa, cosicché, da un lato, non si aggravi il procedimento e, dall'altro, pur nel pieno rispetto delle disposizioni vigenti, si possa garantire agli operatori quella flessibilità che consente di realizzare i criteri di efficacia, efficienza ed economicità, mediante il Regolamento per le procedure d'acquisto di beni, servizi e per l'esecuzione di lavori sotto le soglie comunitarie, adottato con deliberazione n. 2150 del 4.12.2018.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Programmazione dei fabbisogni	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale In collaborazione con: Direttore S.C. Ingegneria Clinica Direttore S.C. AGL Direttore S.C. Farmacia	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Approvazione del Programma biennale di forniture beni e servizi superiori a 1 Milione euro e programmi triennale dei lavori e biennali delle forniture beni e servizi sopra i 40.000 euro	Pubblicazione sul sito web aziendale dei programmi	31/10 di ciascun anno Programma biennale di forniture beni e servizi superiori a 1 Milione euro  Entro data approvazione e bilancio (30/04 di ciascun anno) programmi triennale dei lavori e biennali delle forniture beni e servizi sopra i 40.000 euro	RPCT  31/12 di ciascun anno  30/04 di ciascun anno
Programmazione dei fabbisogni	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.C. Ingegneria Clinica Direttore S.C. AGL	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Relazione riportante un'analisi motivata delle effettive procedure di acquisto attivate, con indicazione dell'eventuale scostamento rispetto al fabbisogno riportato nella programmazione	Presentazione della relazione	annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

Programmazione dei fabbisogni	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale  Direttore S.C. Ingegneria Clinica  Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Report riportante il n. delle proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)	Presentazione del report	annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno
Programmazione dei fabbisogni	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale  Direttore S.C. Ingegneria Clinica  Direttore S.C. AGL	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Rispetto del "Regolamento per le procedure d'acquisto di beni, servizi e per l'esecuzione di lavori sotto le soglie comunitarie"	1) Rispetto del Regolamento per il 100% delle procedure di affidamento  2) Report sugli acquisti in affidamento diretto, riportante: fornitore, tipologia di fornitura, quantità e valore rispetto al totale degli acquisti	1) In fase di avvio delle procedure di affidamento  2) annuale	1) Commissione Internal Auditing  Verifica al 15/01 di ciascun anno del rispetto del regolamento su n. 1 procedura per l'affidamento di beni e/o servizi e n. 1 procedura per l'affidamento di lavori  2) RPCT  15/01 di ciascun anno

#### 1.4 Procedura per la definizione dell'iter da seguire per l'acquisto di forniture di beni esclusivi o infungibili

Tra le misure specifiche per la gestione dei processi di acquisto in ambito sanitario di rilevante importanza rivestono le misure per affrontare, in modo sistemico e strategico, le situazioni, anche potenziali, di conflitti di interesse, considerato che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso coloro che utilizzano i beni acquistati. L'argomento riveste una particolare rilevanza alla luce anche del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., che, all'art. 42, reca una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione dei conflitti di interesse che possono essere percepiti come minaccia all'imparzialità e all'indipendenza del personale della stazione appaltante.

In particolare, per le richieste di acquisto di beni esclusivi o infungibili, occorre prestare ancor maggior attenzione a potenziali e/o effettivi conflitti di interesse che possono riguardare il sanitario che dichiara la necessità di acquisto di un bene di tal natura.

Per il ricorso a procedure negoziate, senza previa pubblicazione di un bando, per l'acquisto di forniture e servizi ritenuti esclusivi/infungibili, l'Azienda aveva già adottato nel corso del 2018 le seguenti misure:

- documento unico, condiviso tra i Responsabili dell'area dei contratti pubblici, che definisce, l'iter da seguire per acquisizioni di beni esclusivi/infungibili, coinvolgendo e sensibilizzando i sanitari interessati;

- predisposizione di una modulistica per le proposte di acquisto di tali beni, che contempli anche la dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, da parte dei sanitari richiedenti.

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

Si precisa che infungibilità ed esclusività non sono sinonimi:

**L'Infungibilità** attiene ad aspetti funzionali e di risultato, in quanto il bene/servizio non può essere sostituito da altro bene/servizio in grado di soddisfare il medesimo bisogno.

**L'Esclusività** attiene ad aspetti giuridici e commerciali (vale a dire vi è la sussistenza di protezione del bene discendente da brevetto o privativa industriale), ma indipendentemente da ciò può essere sostituito da altro bene che soddisfi il medesimo bisogno.

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

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

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

**BENI DUREVOLI:** a qualunque titolo acquisiti (es. apparecchiature sanitarie, relativi componenti e accessori, strumentazione IVD, attrezzature tecnico-economiche):

- Insussistenza/sussistenza di ragioni di natura tecnica correlate a specifiche indicazioni di natura e di destinazione d'uso diagnostico terapeutica e di risultato;
- Insussistenza/sussistenza di ragioni di rinnovo parziale o ampliamento di forniture esistenti nel caso in cui l'impiego di altre apparecchiature di natura simile comporti incompatibilità o difficoltà/rischi tecnici in misura sproporzionata;

**MATERIALE DI CONSUMO** (collegato all'utilizzo di beni durevoli): possibilità/impossibilità di ricorso all'utilizzo di materiali pienamente compatibili (così come definito nelle direttive europee di regolamentazione dei dispositivi medici) con le apparecchiature in dotazione, o comunque valutazione in merito alla insussistenza/alla sussistenza di rischi, nell'ipotesi di utilizzo di altri prodotti presenti sul mercato, in termini di:

- a) sicurezza degli operatori e degli utenti;
- b) qualità del risultato dal punto di vista diagnostico-terapeutico;
- c) aggravamento degli oneri economici discendenti dai servizi di manutenzione ordinaria e straordinaria.

**SERVIZI DI MANUTENZIONE ATTREZZATURE SANITARIE:** valutazione in merito alla insussistenza/sussistenza di rischi, nell'ipotesi di affidamento di tali servizi a operatori diversi dal produttore delle apparecchiature, o ad altri soggetti da quest'ultimo autorizzati o a soggetti nella indisponibilità degli strumenti necessari alla manutenzione (manuali, strumenti dedicati, firmware, aggiornamento sw, ecc.) in termini di:

- a) rischio per la sicurezza degli operatori e degli utenti;
- b) qualità del risultato dal punto di vista diagnostico-terapeutico;

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

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

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

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

**ACQUISIZIONE SOFTWARE:** valutazione attenta del rischio di aumento sproporzionato dei costi economici ed organizzativi correlato alla sostituzione delle procedure gestite con il software in questione.

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

In considerazione della DGR n. XI/491 del 2/08/2018, Allegato C, i Direttori della S.C. Gestione Acquisti ed Economato, delle SS.CC. Tecnico-Patrimoniale, Farmacia, Ingegneria Clinica e SIA, avranno l'obbligo di trasmettere alla Direzione Strategica **una rendicontazione periodica semestrale sugli acquisti di beni e servizi infungibili**, specificando le tipologie di prodotti/servizi ed il valore di acquisto. Tale report dovrà essere trasmesso in copia anche al RPCT.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

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

#### 1.5 Alternanza nel ruolo di responsabile unico del procedimento

Al fine di evitare situazioni di contiguità con le imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) ed assicurare la terzietà ed indipendenza del Responsabile Unico del Procedimento (RUP) deve

essere attentamente valutata la possibilità di una rotazione degli incarichi di responsabile unico del procedimento, che la normativa di settore configura come non appannaggio esclusivo dei Dirigenti di Struttura Complessa, e che pertanto può essere affidato anche a personale del Comparto, purché in possesso dei necessari requisiti di idoneità professionale in relazione all'appalto da affidare.

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

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Alternanza ruolo del RUP	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale  Direttore S.C. Ingegneria Clinica	Assicurare la terzietà ed indipendenza del RUP	Relazione sulle modalità di assegnazione del RUP, con evidenza del numero delle procedure assegnate a ciascun dirigente	Presentazione della relazione	annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

#### 1.6 Scelta dei componenti delle commissioni giudicatrici

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

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

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

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

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



## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Scelta dei componenti delle commissioni giudicatrici	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale  Direttore S.C. Ingegneria Clinica  Direttore Affari Generali e Legali	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi nella fase di selezione del contraente	Rispetto del "Regolamento per la nomina e la composizione delle commissioni giudicatrici" adottato dall'Azienda con deliberazione n. 1167 del 4/10/2016 e attualmente in vigore	Numero dei ricorsi presentati dalle ditte concorrenti a seguito di esclusione o errate valutazioni tecniche/economiche in esito alla quale l'Azienda sia risultata soccombente ovvero abbiano reso necessario un provvedimento in autotutela (report semestrale)	Al momento della nomina delle commissioni di gara	RPCT  15/07 e 15/01 di ciascun anno

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

L'ambito di attività relativo al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel SSN, tra le aree a rischio di corruzione. Il rischio connesso alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza e/o dei criteri di imparzialità e/o all'uso distorto della discrezionalità assume un rilievo anche per gli aspetti inerenti la qualità delle cure. Una delle principali componenti della qualità risiede proprio nella capacità, competenza ed esperienza dei professionisti in rapporto alla tipologia di servizio, alle caratteristiche del contesto organizzativo e, soprattutto, al livello di responsabilità che l'incarico comporta.

Al fine di garantire la tutela ed il perseguimento dell'interesse pubblico, occorre attivare processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l'utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l'integrità del professionista aspirante all'incarico.

Sono di seguito riportate le misure già introdotte nei Piani precedenti e che saranno mantenute anche per il triennio di vigenza del presente Piano, con indicazione di alcune nuove misure specifiche, riportate, altresì, nell'Allegato 2.

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

Al fine di garantire che le procedure di conferimento degli incarichi dirigenziali e la loro eventuale revoca, sempre nel rispetto dei CC.CC.NN.L. delle rispettive categorie e della normativa nazionale in materia, non comportino delle distorsioni dovute ad eccessiva discrezionalità nelle scelte, così come già suggerito dall'ANAC nella Determinazione n. 12/2015 di aggiornamento del PNA, l'ASST Monza ha in corso di adozione alla data di stesura del presente piano il "Regolamento aziendale per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area medica e sanitaria".

Il suddetto regolamento definisce le procedure per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali al personale dell'Area medica e sanitaria, con la finalità di garantire la massima

trasparenza nella definizione dei criteri e dei principi che determinano la graduazione degli incarichi dirigenziali e la relativa retribuzione di posizione.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Regolamento per il conferimento e revoca di incarichi dirigenziali	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Garantire la massima trasparenza nella definizione dei criteri e dei principi che determinano la graduatoria degli incarichi dirigenziali e la relativa retribuzione di posizione	Presentazione alla Direzione Strategica del Regolamento per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area medica e sanitaria	1) Presentazione del Regolamento 2) Report annuale sugli incarichi attribuiti e/o revocati annualmente	1) 30/9/2020 2) al 31/12 di ciascun anno	RPCT 30/9/2020 e 15/01 di ciascun anno

## 2.2 Verifica sulle dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

La delibera ANAC n. 149/2014, ha limitato, per le Aziende sanitarie ai soli direttori aziendali, Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario, (in Regione Lombardia anche al Direttore Sociosanitario) l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ex D. Lgs. n. 39/2013, precisando che: *"Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt.5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39"*.

Alla luce di quanto sopra, la S.C. Affari Generali e Legali provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 limitatamente agli incarichi conferiti dall'Azienda al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e al Direttore Sociosanitario, atteso che l'incarico di Direttore Generale viene conferito dall'Amministrazione Regionale, acquisendo annualmente, ai sensi dell'art. 20, c.2 del D.Lgs. n. 39/2013, apposita dichiarazione. Le dichiarazioni saranno pubblicate sul sito web dell'ASST Monza nella sezione Amministrazione Trasparente.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

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

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

L'ASST, nel rispetto delle indicazioni regionali in materia, ha aggiornato con deliberazione n. 1785 del 23/12/2019 il Regolamento concernente le modalità di autorizzazione gli incarichi *ex officio* da parte del personale, ex art. 53 del D.Lgs n. 165/2001, a suo tempo adottato con decreto n. 1226 del 4/12/2015 ed esteso a tutto il personale dell'ASST Monza con deliberazione n. 220 del 22.03.2016.

Nel corso dell'anno 2020 saranno attivate iniziative di formazione/informazione sviluppate sia nell'ambito dei Piani formativi, sia mediante la diffusione capillare del suddetto regolamento.

Così come previsto all'art 14 del predetto Regolamento, la S.C. Gestione Risorse Umane deve effettuare annualmente un numero di controlli a campione, pari al 5% sulle autorizzazioni concesse nel corso dell'anno di riferimento, con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività autorizzata al di fuori dell'orario di servizio.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Controlli sulle autorizzazioni degli incarichi extra-istituzionali	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Garanzia del rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività extra-istituzionale autorizzata	Raccolta e verifica a campione pari al 5% sulle autorizzazioni concesse nel corso dell'anno di riferimento, con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività autorizzata al di fuori dell'orario di servizio	Numero delle non conformità sulle autorizzazioni/n umero tot. Delle autorizzazioni verificate < 10%	annuale	Commission e Internal Auditing  15/01 di ciascun anno
Controlli sulle autorizzazioni degli incarichi extra-istituzionali	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Garanzia del rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività extra-istituzionale autorizzata	Rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extraistituzionali (> 5/anno) per singolo dipendente	Report annuale delle richieste di incarico extra istituzionale	annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

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

In ottemperanza di quanto previsto all'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. n. 165/2001, che dispone l'inserimento della clausola di *pantouflage*, negli schemi di contratti pubblici di acquisizione di beni e servizi e di affidamento di lavori, in base alla quale "L'aggiudicatario dichiara che, a decorrere dall'entrata in vigore del comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (28.11.2012), non ha affidato incarichi o lavori retribuiti, di natura autonoma o subordinata, a ex dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del medesimo decreto, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi avevano esercitato, nei confronti dell'aggiudicatario medesimo, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza, consapevole del divieto di conferire tali incarichi previsto dall'art.16-ter del D.LGS. 265/2001", l'ASST Monza a decorrere dal 2017 ha inserito nei nuovi contratti individuali dei propri dipendenti una clausola di presa visione del suddetto divieto.

Il RPCT, che venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, deve segnalare la violazione ai vertici dell'amministrazione ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Inserimento nei contratti individuali della clausola di presa visione del divieto di pantouflage	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Inserimento nei contratti individuali della clausola di presa visione del divieto di pantouflage	Inserimento della clausola nel 100% dei contratti individuali	All'atto della stesura del contratto	Commissione Internal Auditing  Verifica semestrale di n. 3 contratti individuali di lavoro  15/07 e 15/01 di ciascun anno
Dichiarazione di divieto di pantouflage per ex dipendenti	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Sottoscrizione da parte del dipendente (dirigente o titolare di PO) di una dichiarazione al momento della cessazione del servizio o dell'incarico, con la quale si impegna al rispetto del divieto di pantouflage	Numero delle dichiarazioni raccolte/numero dei dipendenti cessati=100%	All'atto della cessazione del servizio o dell'incarico	Commissione Internal Auditing  15/01 di ciascun anno
Controllo sui soggetti cessati, aventi poteri autoritativi circa il rispetto del divieto di pantouflage	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Verifica su n. 2 soggetti aventi poteri autoritativi mediante richiesta agli aggiudicatari di riferimento del rispetto del divieto di pantouflage	Numero dei soggetti verificati che rispettano il divieto/numero dei soggetti controllati=100%	annuale	Commissione Internal Auditing  15/01 di ciascun anno

### 3. Area di rischio AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

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

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

Con deliberazione n. 770 del 5.6.2019 è stata ridefinita la composizione del Comitato Valutazione Sinistri aziendale alla luce della nuova normativa ed è stata approvata la nuova “Procedura operativa - Gestione dei sinistri”, che evidenzia, in particolare, il coordinamento funzionale fra il risk manager e le componenti legali, medico legali ed amministrative che gestiscono il sinistro, nonché un collegamento diretto con la Direzione Aziendale che deve prendere le decisioni finali in merito alle attività da svolgere (ved. “Linee operative Risk Management in Sanità – anno 2019”).

### 3.1 Pubblicazione dati inerenti il risarcimento a pazienti danneggiati

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

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

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

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

### 4.1 Gestione beni immobili

Oltre alle misure di trasparenza obbligatorie riguardanti le informazioni sugli immobili di proprietà di cui all'art. 30 del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., si è provveduto già nel corso dell'anno 2017 alla 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.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Vedi Allegato 3 al PTPCT

### 4.2 Gestione dei pagamenti

Le attività connesse ai pagamenti presentano i seguenti rischi concreti di corruzione:

- ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti;

- liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione e senza acquisire le note di credito richieste;
- effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere;
- permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'Azienda.

In questa area è necessario prevedere:

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

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

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

#### 4.3 Gestione dei crediti e transazioni con i debitori

Il processo di gestione del recupero crediti e del riconoscimento di eventuali transazioni al debitore è interessato da un significativo rischio di corruzione. L'ASST Monza adotta, quale misura di riduzione del rischio, la frammentazione del procedimento amministrativo, sia tra gli addetti degli uffici coinvolti nel processo, sia tra le Strutture che svolgono detta attività (S.C. Economico Finanziaria, S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP, S.C. Affari Generali e Legali).

Con deliberazione n. 2303 del 21.12.2018 l'ASST Monza ha aggiornato il Regolamento aziendale delle attività di gestione del recupero crediti e con deliberazione n.1383 del 17.10.2019 l'ASST ha adottato una specifica procedura utile anche alla certificazione del Bilancio Aziendale, Percorso Attuativo di Certificabilità ai sensi della DGR X/7009 2019.

il Responsabile della S.C. Economico-Finanziaria invierà al RPCT, entro il 1 marzo di ciascun anno, e relativamente all'anno precedente, un report predisposto in collaborazione con il Dirigente della S.C. Gestione Amministrativa CUP e il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali contenente:

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

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Gestione dei crediti e delle	Direttore S.C. Economico	Garantire la piena	Creazione di un applicativo	1) individuazione della modalità	1) 30/06/2020	RPCT

transazioni con i debitori	Finanziaria In collaborazione con il Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP e il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali e Servizio Informativo Aziendale	tracciabilità e trasparenza dei crediti aziendali	dedicato alla gestione del recupero crediti	per la creazione dell'applicativo  2) Messa a disposizione dell'applicativo	2) 31/12/2020	30/06/2020  31/12/2020
Gestione dei crediti e delle transazioni con i debitori	Direttore S.C. Economico Finanziaria In collaborazione con il Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP e il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei crediti aziendali	Predisposizione del report	Invio del report a RPCT	annuale	RPCT  1/03 di ciascun

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

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

Per far fronte ad eventuali rischi di *maladministration* nella gestione dei proventi derivanti dall'attività in convenzione, nel corso dell'anno 2020, dovrà essere implementata a cura del Responsabile della S.S. Ricerca e Sperimentazioni Cliniche che gestisce le suddette convenzioni, una procedura condivisa con la S.S. Controllo di Gestione che tenga conto di tutti i costi diretti e indiretti sostenuti per l'attività sanitaria, nonché dei costi generali di gestione della predetta attività, al fine della definizione di tariffe remunerative di minima.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la definizione di tariffe e costi per le convenzioni attive sanitarie	Responsabile S.S. Ricerca e sperimentazioni cliniche e S.S. Controllo di Gestione	Far fronte ad eventuali rischi di <i>maladministration</i> nella gestione dei proventi derivanti dall'attività	Condivisione della procedura	Adozione della procedura con definizione del relativo tariffario di minima	30/06/2020	RPCT  30/06/2020

## 5 Area di rischio ESECUZIONE CONTRATTUALE

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

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

Tra le misure da adottare sono state individuate le seguenti:

### 5.1 Controllo sull'esecuzione del contratto

Il Direttore della S.C. Gestione Acquisti ed Economato, di concerto con i Responsabili della S.C. Tecnico Patrimoniale e della S.C. Ingegneria Clinica, nel corso dell'anno 2017 ha adottato una procedura per la verifica della legittimità delle varianti ai contratti e il rispetto dell'obbligo di trasmissione delle varianti all'ANAC.

Spetta al 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.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Controlli sull'esecuzione contrattuale	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato, S.C. Ingegneria clinica, S.C. Tecnico Patrimoniale	Garantire il rispetto della normativa in materia	Predisposizione di un report riportante il numero delle varianti contrattuali rispetto agli affidamenti in essere e il numero dei subappalti rispetto ai contratti di lavori in essere	Report riportante: Numero varianti contrattuali/numero affidamenti Numero dei subappalti/numero contratti di lavori	annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

### 5.2 Procedura per la rendicontazione del contratto

La fase di rendicontazione del contratto da parte del DEC (direttore esecuzione del contratto), attraverso la quale l'Azienda verifica la conformità o la regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori, può essere oggetto di fenomeni corruttivi. Al fine di prevenire tale rischio il Direttore della S.C. Gestione Acquisti ed Economato di concerto con i Responsabili della S.C. Tecnico Patrimoniale e della S.C. Ingegneria Clinica, nel



corso dell'anno 2017 ha adottato un'istruzione/procedura implementata nel corso dell'anno 2018 per definire, a mero titolo esemplificativo:

- nomina del DEC e rapporti con il RUP;
- incompatibilità e conflitti di interesse ai sensi dell'art. 6-bis L.n. 241/1990, con predisposizione di specifica modulistica per il rilascio delle autocertificazioni;
- compiti e funzioni del DEC in fase di esecuzione contrattuale e in fase di termine del contratto;
- modalità di controllo amministrativo contabile;
- predisposizione di uno schema tipo di relazione del DEC;
- dichiarazioni assenza di conflitto del DEC, che devono essere opportunamente verificate a cura del RUP.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la rendicontazione del contratto	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato, S.C. Ingegneria clinica, S.C. Tecnico Patrimoniale	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Verifica dell'applicazione della procedura rispetto alle relazioni presentate al RUP	Numero delle relazioni stese nel rispetto della procedura/numero relazioni presentate al RUP = 100%	annuale	Commissione Internal Auditing  15/01 di ciascun anno
Procedura per la rendicontazione del contratto	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  S.C. Ingegneria clinica  S.C. Tecnico Patrimoniale	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte del DEC	n. autocertificazioni acquisite/totale incarichi DEC = 100%	All'atto della nomina	Commissione Internal Auditing  15/07 e 15/01 di ciascun anno

### 5.3 Procedura per la gestione dei rifiuti pericolosi sanitari

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

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la gestione dei rifiuti sanitari pericolosi	Direttori Medici Monza e Desio	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Revisione della procedura in essere	Adozione della procedura	30/06/2020	RPCT  30/06/2020

## 6 Area di rischio ATTIVITÀ' CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

In Italia la maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero o nelle strutture sanitarie (RSA, Hospice, Cure Intermedie, etc.) e la gestione delle camere mortuarie è, solitamente, affidata alle loro organizzazioni interne.

Sul sistema di gestione di tale servizio non esistono attualmente specifiche linee guida. Ciò induce a prendere in esame il tema in sede di elaborazione del presente PTPC, tenuto conto delle forti implicazioni di natura morale, etica ed economica, connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito e che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari.

### 6.1 Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero

L'ASST Monza ha da tempo adottato una specifica procedura per la gestione di detto rischio presso il P.O. di Monza, che nel corso del 2017 è stata condivisa ed estesa, con le opportune integrazioni e/o modificazioni, anche agli operatori del P.O. di Desio, del Corberi.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero	Direttori di Direzione Medica P.O. Monza, P.O. Desio, Corberi	Prevenire il rischio di conflitto di interessi, favoritismi e abusi nei processi dell'area tanatologica	Monitoraggio sull'attività degli operatori del tanatologico	Report annuale circa gli incarichi affidati dai parenti alle pompe funebri e segnalazione e denunce presentate alle DM da parte dei cittadini per pressioni ricevute da parte degli operatori in ordine alla scelta del servizio funebre	annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

## 7 Area di Rischio MEDICINA LEGALE

Tra i compiti del servizio di Medicina Legale, trasferito a decorrere dall'1/01/2016 all'ASST Monza, sono ricompresi gli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità, sordità, disabilità, handicap e inabilità temporanea.

E' interesse del cittadino che si ritiene minorato poter usufruire dei benefici che la legge accorda agli invalidi, ma è anche interesse della collettività circoscrivere la concessione di tali benefici solamente a chi è effettivamente invalido, per evitare aggravii della spesa pubblica e conseguente aumento della pressione fiscale.

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

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

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

Al fine di effettuare le dovute verifiche sulle autocertificazioni, il Direttore della S.C. di Medicina Legale ha già avviato, nel corso dell'anno 2017, un sistema per la verifica a campione delle predette autocertificazioni.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Acquisizione delle autocertificazioni circa l'assenza di potenziali situazioni di conflitti di interesse da parte dei componenti delle commissioni	Direttore S.C. Medicina Legale	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Acquisizione delle dichiarazioni sostitutive relative all'assenza di situazioni di conflitto di interesse per tutti i componenti della commissione	n. autocertificazioni acquisite/totale componenti commissioni = 100%	All'atto della nomina	Commissione Internal Auditing  15/07 e 15/01 di ciascun anno
Verifica sulle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi	Direttore S.C. Medicina Legale	Garanzia del rispetto delle autodichiarazioni presentate	Verifica a campione pari al 1% sulle dichiarazioni presentate	Numero delle dichiarazioni corrette/numero delle dichiarazioni verificate > 95%	semestrale	Commissione Internal Auditing  15/07 e 15/01 di ciascun anno

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

La gestione dell'attività libero professionale e delle liste d'attesa era già ritenuta di prioritaria importanza dall'ANAC, che con determina n. 12 del 28.10.2015 sottolineava che *"L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di **gestione delle liste di attesa** e alla trasparenza delle procedure di **gestione delle prenotazioni** e di identificazione dei **livelli di priorità** delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio"*.

Inoltre nel PNA era previsto: *"Per queste ragioni è opportuno che i PTPC considerino questo settore come ulteriore area specifica nella quale applicare il processo di gestione del rischio, con riferimento sia alla fase autorizzatoria sia a quella di svolgimento effettivo dell'attività, nonché rispetto alle relative interferenze con l'attività istituzionale.*

*Poiché, inoltre, questo ambito è strettamente interconnesso con il sistema di governo dei tempi di attesa il cui rispetto rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le misure correttive e di prevenzione in questo settore, concorrendo al raggiungimento dei LEA ed essendo, quindi, ricomprese nell'ambito degli obiettivi strategici dei direttori generali, devono conseguentemente essere integrate nel sistema di valutazione della performance individuale e dell'organizzazione."*

Possibili rischi relativi all'ALPI e al rispetto delle liste di attesa sono:

- a) false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione;
- b) l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale;

- c) lo svolgimento della libera professione in orario di servizio;  
 d) il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione;

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

### 8.1 Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni

Rafforzamento della trasparenza nel sistema di accesso alle prestazioni sanitarie erogate dall'ASST Monza, anche in considerazione dell'importante modifica introdotta dal D.Lgs. n. 97/2016, art. 33 che, intervenendo sulle disposizioni in materia di trasparenza con riferimento alle liste di attesa contenute nell'art. 41, co. 6, D.Lgs. n. 33/2013, ha previsto l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste.

Già a decorrere dall'anno 2017 sono stati pubblicati sull'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale i criteri di formazione delle liste di attesa, sia delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di laboratorio e di diagnostica strumentale, sia delle prestazioni di ricovero. Sarà cura dei Direttori delle Direzioni Medico di Presidio di Monza e di Desio e del Dirigente della S.C. Gestione Amministrativa e Accettazione CUP, supportati dal Responsabile della S.S. Servizio Informativo Aziendale (SIA), provvedere alla pubblicazione nel predetto sito dei "tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata".

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Direttori delle Direzioni Medico di Presidio di Monza e di Desio, Dirigente Gestione Amministrativa e Accettazione CUP	Garantire la piena trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Pubblicazione dei dati richiesti dalla normativa	Pubblicazione del 100% dei dati richiesti	trimestrale	Commission e Internal Auditing  15/04 15/07 15/10 e 15/01 di ciascun anno
Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Direttori Medico di Presidio Monza e Desio e Dirigente S.S. Gestione Amministrativa e Accettazione CUP	Garantire la piena trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Monitoraggio degli spostamenti delle prenotazioni	Report sul numero degli spostamenti delle prenotazioni conformi alle causali per cui si chiudono le agende, rispetto al numero totale degli spostamenti rilevati nel medesimo periodo	semestrale	RPCT  15/07 e 15/01 di ciascun anno

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

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

Inoltre, al fine di evitare il caso delle prenotazioni regolarmente raccolte dal CUP ma che non vengono eseguite a causa della mancata presenza del soggetto che ha prenotato, al fine di evitare opportunistici allungamenti dei tempi di attesa delle prestazioni istituzionali, è stato adottato un sistema di sms per ricordare all'utente l'appuntamento.

Per quanto concerne tutte le prestazioni di ricovero elettivo, sia chirurgico sia medico, è stata adottata, a cura delle Direzioni Mediche dei Presidi di Monza e di Desio, una procedura per la gestione informatizzata delle liste di attesa, in particolare sono stati esplicitati i criteri per lo scorrimento delle liste d'attesa e per le chiamate dei pazienti al prericovero, ove previsto, ed al ricovero.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Informatizzazione e delle agende di prenotazione	Direzioni Mediche Presidio Monza e Desio	Evitare favoritismi che eludano le liste di attesa delle prestazioni di ricovero istituzionale, attraverso la trasparenza delle liste d'attesa chirurgiche	Sistema di controllo e gestione informatizzata delle liste d'attesa chirurgiche	Report delle liste operatorie di n. 2 Strutture chirurgiche del PO Monza con indicazione del numero delle chiamate fuori programmazione	annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

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

In attuazione di quanto previsto dal Regolamento del 5.6.2019 sull'esercizio dell'attività libero professionale, aggiornato con deliberazione n. 760 del 5.6.2019 l'ASST pubblica sulla sezione "Amministrazione trasparente" - Altri contenuti il Piano aziendale per l'attività libero professionale, dove sono contenuti ulteriori dati sull'ALPI e in particolare è indicato il rapporto tra i volumi di attività libero professionale e i volumi di attività istituzionale.

Al dirigente responsabile per l'ALPI (Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP) e alla Commissione Paritetica, istituita con deliberazione n. 1081 del 1/08/2019 per quanto di rispettiva competenza, è affidato il compito di controllo sull'attività svolta, sull'individuazione degli spazi utilizzabili per l'esercizio dell'ALPI e sulla possibilità di sospensione dell'attività libero professionale in caso di superamento dei tempi di attesa delle prestazioni istituzionali rispetto a quelli previsti da Regione Lombardia.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Aggiornamento annuale del Piano aziendale per l'ALPI	Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione	Controllo sui volumi delle prestazioni rese in attività	Aggiornamento annuale del Piano aziendale per l'attività libero	Pubblicazione del Piano aziendale aggiornato sul	annuale	RPCT  31/12 di ciascun

	CUP	istituzionale rispetto a quelle rese in regime di attività libero professionale	professionale	sito aziendale web		anno
Rispetto del Regolamento ALPI	Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP e Direzioni Mediche di Presidio  Commissione Paritetica	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI	Monitoraggio del rispetto della fascia oraria dedicata all'ALPI mediante controlli a campione del 20% dei medici autorizzati in LP ambulatoriale intramoenia e ora delle prestazioni rese in LP e timbratura istituzionale	Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione	semestrale	RPCT  15/07 e 15/01 di ciascun anno
Rispetto del Regolamento ALPI	Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP e Direzioni Mediche di Presidio  Commissione Paritetica	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI	Monitoraggio del rispetto della fascia oraria dedicata all'ALPI allargata (studio privato) mediante controlli a campione del 50% degli inserimenti delle prenotazioni e dei pagamenti effettuati da parte degli aventi diritto	Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione	semestrale	RPCT  15/07 e 15/01 di ciascun anno

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

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

### 9.1 Gestione del fabbisogno di farmaci

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

Si precisa che, per quanto attiene alla programmazione del fabbisogno farmaceutico, il Direttore della S.C. Farmacia partecipa alla programmazione annuale di cui alle precedenti misure in tema di Contratti pubblici (misura 1.3).

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 alle procedure negoziate senza bando di prodotti esclusivi, prescrive che le stazioni appaltanti forniscano adeguata motivazione delle ragioni di esclusiva mediante relazione dei sanitari competenti.

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

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Programmazione dei fabbisogni di farmaci	Direttore S.C. Farmacia	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Report sugli acquisti in economia riportante: fornitore, tipologia di fornitura, valore rispetto al totale degli acquisti	Presentazione del report	annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno
Programmazione dei fabbisogni di farmaci	Direzioni Mediche Monza e Desio	Controllo sulle prescrizioni farmaceutiche e sulla gestione dei rapporti con gli informatori scientifici del farmaco	Predisposizione di un Regolamento/procedura che definisca le modalità di accesso degli informatori scientifici del farmaco nei Presidi Ospedalieri con istituzione di un registro degli accessi	1) Predisposizione del Regolamento/procedura 2) Invio del Registro degli accessi a RPCT	1) 30/06/2020 2) annuale	RPCT 1) 30/06/2020 2) 15/01 di ciascun anno

### 9.2 Commissione HTA per la gestione del fabbisogno di alte tecnologie e dispositivi medici

Per quanto concerne le alte tecnologie e i dispositivi medici, si ricorda, che è stata costituita a livello regionale, con deliberazione n. X/4831 del 22/02/2016, una Commissione per l'Health Technology Assessment nell'ambito di un programma regionale - *progetto "Supporto tecnico istruttorio al programma regionale di valutazione delle tecnologie sanitarie – Health Technology Assessment HTA"* per la valutazione delle nuove tecnologie sanitarie e biomediche, per le quali occorre verificare l'appropriatezza e la convenienza economica conseguente all'introduzione delle stesse all'interno del sistema sanitario, a seguito delle richieste da parte delle aziende del territorio lombardo. Capofila della Commissione è stata individuata l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano.

Con deliberazione n. 955 del 27.6.2017 la Direzione aziendale ha preso atto della DGR n. X/5671 dell'11.10.2016 "Ulteriori specificazioni in merito alla D.G.R. n. X/4831 del 22.2.2016 - Nuove determinazioni in merito alla valutazione dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi biomedici e di tecnologie diagnostico-terapeutiche e riabilitative", con cui sono organizzate le fasi del processo di valutazione Health Technology Assessment (HTA) ed ove è prevista la Rete Assessment, costituita dai componenti di tutte le Commissioni Aziendali Dispositivi Medici di ASST ed IRCCS per la realizzazione del materiale e la revisione dei rapporti tecnici di HTA (fase di assessment, ovvero la verifica tecnica indipendente da produttori) con modalità multiprofessionali e disciplinari.

Con il medesimo provvedimento è stata istituita formalmente la Commissione Aziendale per l'Health Technology Assessment (HTA), ai sensi della D.G.R. n. X/5671 dell'11.10.2016, deputata

alla raccolta e alla valutazione critica di evidenze relativamente all'utilizzo appropriato dei dispositivi biomedicali e delle tecnologie diagnostico-terapeutiche.

L'attività della Commissione HTA, che si ispira ai principi del processo di valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment) ha come principale scopo quello di fornire alle Aziende del territorio lombardo un supporto operativo per i programmi di sviluppo e di rinnovamento tecnologico e di individuare, nelle nuove introduzioni di apparecchiature biomedicali, 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 dovuto all'introduzione di nuove tecnologie.

Alle Direzioni Mediche del P.O. di Monza e del P.O. di Desio è demandato il compito di coordinare le attività della Commissione HTA, tenuta a procedere alla valutazione complessiva dell'introduzione di nuove tecnologie e dispositivi medici, mediante l'acquisizione dei pareri delle varie figure professionali presenti in commissione e al raccordo con la Commissione regionale HTA.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Commissione HTA	Direttori Medici di Presidio di Monza e di Desio	Valutazione integrata dell'introduzione di nuove tecnologie e dispositivi medici	Predisposizione di una relazione sull'attività svolta dalla Commissione HTA	Presentazione della Relazione al RPCT	annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno

**9.3 Commissione dispositivi medici (CDM) per l'autorizzazione all'acquisto evidence based di nuovi dispositivi medici (nuovi per l'ASST)**

Nel corso dell'anno 2018, le SS.CC. Gestione Acquisti ed Economato, Ingegneria clinica e Farmacia, di concerto con le Direzioni Mediche del P.O. di Monza e del P.O. di Desio, hanno provveduto ad aggiornare la procedura esistente sugli acquisti di tecnologie e dispositivi medici, costituendo la Commissione dispositivi medici (CDM) per la valutazione delle richieste di acquisto dei dispositivi medici e la relativa procedura di funzionamento.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Commissione DM	Direttori Medici di Presidio di Monza e di Desio e DIRETTORI DI DIPARTIMENTO	Valutazione integrata e autorizzazione all'acquisto di nuovi dispositivi medici (nuovi per l'ASST)	Predisposizione di una relazione sull'attività svolta dalla Commissione DM con in verbali della CM	Presentazione della Relazione al RPCT	annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno



#### 9.4 Gestione informatizzata del magazzino della S.C. di Farmacia

La peculiarità del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di situazioni a rischio, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione.

Il Responsabile della S.C. di Farmacia dell'ASST Monza ha già adottato da tempo per il P.O. di Monza una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte, nonché l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione. Detta misura, oltre a rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-reparto, consente la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse, avendo l'opportunità di ben 11 richieste/consegne alla settimana in gestione routinaria, oltre che in urgenza dal lunedì al venerdì dalle 16.00 alle 20.00 compresi sabato e festivi.

Parallelamente, con riferimento al personale addetto alla vigilanza e al controllo presso il magazzino, si prevede, quale misura specifica di prevenzione della corruzione, la diffusione di regole di condotta che sono oggetto del nuovo Codice etico e di comportamento aziendale.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Gestione informatizzata del magazzino della S.C. di Farmacia	Direttore della S.C. di Farmacia	Rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-reparto, consentendo anche la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse	Predisposizione di un reporter indicante le richieste di reparto, le quantità evase e gli eventuali resi	Presentazione del report	Annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

#### 9.5 Schede per la sostenibilità del budget delle sperimentazioni cliniche profit e no profit

I proventi derivanti dall'attività di sperimentazione clinica profit, in particolare che veda l'impiego di farmaci senza autorizzazione ICI, possono assumere una consistenza rilevante. Per questo motivo e per le cointeressenze che possono esserci tra le case farmaceutiche e gli sperimentatori, essa risulta un'attività a rischio corruttivo.

L'azione dei Comitati Etici, che è volta ad accertare la scientificità e l'eticità di un protocollo clinico, non garantisce specifiche garanzie al riguardo.

Per far fronte ad eventuali rischi di *maladministration* nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di 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, attualmente in vigore per il P.O. di Monza, in cui si afferma, tra l'altro, che le "valutazioni di congruità, anche economica e fattibilità dello studio sono effettuate a cura dell'Ufficio Sperimentazioni cliniche e progetti speciali, tramite specifica istruttoria, fatte salve le valutazioni del Comitato Etico previste dalle norme vigenti".

E' stata implementata, nel corso dell'anno 2016, a cura del Responsabile della S.S. Ricerca e sperimentazioni cliniche una scheda per la sostenibilità del budget delle sperimentazioni commerciali proposte dalle case farmaceutiche, che dovrà tener conto di tutti i costi diretti

sostenuti per l'attività di sperimentazione, validati dalle S.S. Controllo di Gestione e dei costi generali di gestione della predetta attività.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Scheda per la sostenibilità del budget	Responsabile S.S. Ricerca e sperimentazioni cliniche	Far fronte ad eventuali rischi di <i>maladministration</i> nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di ricerca	Utilizzo della scheda di budget per la verifica della sostenibilità economica delle sperimentazioni commerciali	n. schede di budget completate/total e delle sperimentazioni commerciali autorizzate = 100%	Al momento della negoziazione del contratto con il promotore commerciale	Commissione Internal Auditing  Verifica a campione di n. 5 schede di budget completate  15/01 di ciascun anno

### 9.6 Regolamenti per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni

L'attività di ricerca promossa dalle Strutture dell'ASST Monza sovente richiede il sostegno economico da parte di soggetti terzi. In particolare, al fine di ricercare sul mercato i contributi finanziari finalizzati alla ricerca indipendente, l'Azienda utilizza lo strumento della sponsorizzazione.

Con deliberazione n. 1147 del 25/07/2017 è stato adottato il "Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni a favore di progetti e iniziative istituzionali" dell'ASST Monza, che definisce, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente in materia, tutte le procedure necessarie affinché le richieste di sponsorizzazione siano indirizzate direttamente all'Azienda e non ai singoli professionisti, utilizzando procedure di evidenza pubblica, attraverso la pubblicazione di specifici avvisi sul sito web aziendale, il cui contenuto è riportato anche nella sezione "Amministrazione Trasparente". Le risorse derivanti dalle sponsorizzazioni sono utilizzate esclusivamente per i fini della ricerca, attraverso la gestione di una contabilità separata.

Con deliberazione n. 1785 del 23/12/2019 è stato adottato il Regolamento per la sponsorizzazione di attività formative a carattere collettivo presenti nel Piano di formazione aziendale.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni	Responsabile S.S. Ricerca e sperimentazioni cliniche  e  S.S. Formazione	Far fronte ad eventuali rischi di <i>maladministration</i> nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di sponsorizzazioni ed evitare potenziali conflitti di interesse	Rispetto dei Regolamenti in materia di sponsorizzazione nel caso di richiesta di sostegno economico da parte di soggetti terzi per la realizzazione di progetti istituzionali/attività formative	n. sponsorizzazione attivate nel rispetto dei regolamenti/totale delle sponsorizzazioni = 100%	All'atto della richiesta	Commissione e Internal Auditing  Verifica annuale e a campione su n. 2 sponsorizzazioni attivate da ciascuna struttura  15/01 di ciascun anno

**9.7 Sistema di controllo sull'erogazione dei farmaci stupefacenti**

Il territorio di competenza e di intervento del SERD (Servizio Dipendenze) corrisponde a quello di afferenza all'ASST Monza. Esso si articola in tre sedi ambulatoriali collocate sullo stesso territorio aziendale. Al SERD sono attribuite prioritariamente la funzione di garantire il contrasto, la diagnosi, la cura e la riabilitazione da dipendenze di consumo ed abuso di sostanze legali e illegali.

Dopo la certificazione di riconoscimento della persona e la verifica della prescrizione terapeutica, ai sensi del DPR n. 309/1990, il SERD si occupa della somministrazione o della consegna del farmaco in affido. Particolare attenzione occorre prestare al rischio di distrazione del farmaco in fase di erogazione della terapia o alla falsificazione delle dosi somministrate.

Il SERD è dotato di due applicativi, uno per la gestione ed erogazione del farmaco e l'altro per la compilazione e tenuta della cartella informatizzata.

Nel corso dell'anno 2019 il processo organizzativo relativo al controllo e utilizzo degli stupefacenti del SERD è stato oggetto di audit da parte della S.S. Internal Audit aziendale (Rapporto numero 1/2019).

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Sistema di controllo sui farmaci stupefacenti	Responsabile SERD	Far fronte ad eventuali rischi di distrazione di farmaco in fase di erogazione	Definizione di una procedura per di gestione della somministrazione dei farmaci stupefacenti in caso di blocco dell'applicativo informatico	Adozione della procedura	30/06/2020	RPCT 30/06/2020

**9.8 Procedura per il controllo e il monitoraggio del processo della spesa protesica**

Attraverso l'Assistenza Protesica e l'Assistenza Integrativa è possibile acquisire, con costi a carico del SSR ausili e presidi medici con varie finalità. L'ASST Monza è stata individuata quale Azienda di riferimento per tre territori di competenza di altrettante ASST: Lecco, Monza e Vimercate. Il servizio di riferimento è il SUPI che sovrintende il processo completo che porta all'erogazione dei dispositivi prescritti in raccordo con i Servizi Centrali di Protesica delle tre ASST. Al SUPI compete la liquidazione delle fatture al cui processo è abbinata l'attuazione di controlli sulle prestazioni erogate sia in termini di appropriatezza prescrittiva che in termini di appropriatezza erogativa.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per il controllo e il monitoraggio della spesa protesica	Responsabile SUPI	Far fronte ad eventuale inapproprietezza di liquidazione della spesa protesica	Definizione di una procedura operativa tesa a un più diretto e più efficace coinvolgimento nei processi di controllo e monitoraggio della spesa protesica	Presentazione della procedura alla Direzione Strategica	30/06/2020	RPCT 30/06/2020

---

## 11. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

---

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

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

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

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

Per i monitoraggi, sugli adempimenti di cui alle misure specifiche di prevenzione della corruzione previste dal presente Piano, si rimanda all'Allegato 2.

---

## 12. PIANO DELLA TRASPARENZA

---

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

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

1) un adeguato livello di trasparenza;

2) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità

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

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

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

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

### Obiettivi strategici in materia di trasparenza

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

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

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che l'ASST Monza si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di Trasparenza quale misura di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2020 l'Azienda si impegna a:

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

Gli adempimenti degli obblighi previsti dal D. Lgs n.33/2013, novellato dal D. Lgs. n. 97/2016, sono esplicitati nella tabella allegata al presente Piano **Allegato 3 "Elenco degli obblighi di pubblicazione"**. Sarà cura del RPCT, a cui compete la definizione delle misure, definire i criteri e le iniziative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

In attesa di una posizione precisa da parte del legislatore e dell'Autorità in merito all'applicazione dell'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., con deliberazione n. 1443 del 31/07/2018 l'ASST aveva sospeso, in via provvisoria e precauzionale, la pubblicazione sul sito web aziendale - Sez. Amministrazione Trasparente - Personale - Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) i dati di cui all'art. 14 co. 1 lett. f del predetto art. 14 D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., che sono comunque stati raccolti sia per il personale ospedaliero che per gli universitari.

Ciascun Responsabile di struttura garantisce la pubblicazione sul sito web istituzionale delle informazioni relative agli obblighi di pubblicità e trasparenza di competenza, secondo criteri di accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, sempre nel rispetto della vigente normativa in materia di tutela della protezione dei dati personali e sensibili (D. L.gs. n. 196/2003 e s.m.i. "Codice in materia di protezione dei dati personali").

In un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne dell'ASST, ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza, si precisa che **i responsabili** della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni **sono indicati nella tabella Allegato 3 "Elenco degli obblighi di pubblicazione"**.

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

La mancata collaborazione al RPCT da parte dei Dirigenti e Responsabili della pubblicazione dei dati sarà considerata ai fini delle sanzioni disciplinari previste dalle norme e per la valutazione negativa della performance. In particolare nei confronti del responsabile della pubblicazione dei dati di cui all'art. 14 co. 1-ter, relativa agli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica, in caso di mancata pubblicazione, si applica la sanzione di cui all'art. 47, co. 1-bis del D.Lgs. n. 33/2013 così come novellato dalla Legge n. 160/2019.

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

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

Nel rispetto dell'art. 19 co.2-bis del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. il Responsabile della S.C. Gestione Risorse Umane assicura, tramite il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la pubblicazione del collegamento ipertestuale dei dati di cui al medesimo art. 19 co. 1, (Bandi di concorso) ai fini dell'accessibilità ai sensi dell'art. 4, comma 5, del decreto legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125.

## Monitoraggio

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

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento del NVP, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato

adempimento; resta immutato il compito del NVP concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal D. L.gs. n. 150/2009 e s.m.i..

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

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

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni svolge importanti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza attraverso un'attività costante di audit. I risultati dei controlli confluiscono nella relazione annuale che il NVP deve presentare ai vertici dell'Azienda, ai sensi dell'art. 14, co. 4 lett. a) del D.Lgs. n. 150/2009.

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

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

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

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

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

Si allega al presente documento tabella di sintesi degli obblighi di pubblicazione (Allegato 3).

---

### 13. L'ISTITUTO DELL' ACCESSO CIVICO

---

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

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

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

La regola della generale accessibilità è temperata dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi pubblici e privati che potrebbero subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune informazioni. Il legislatore ha configurato due tipi di eccezioni. Le eccezioni assolute, e cioè le esclusioni all'accesso nei casi in cui una norma di legge, sulla base di una valutazione preventiva e generale, dispone sicuramente la non ostensibilità di dati, documenti e informazioni per tutelare interessi prioritari e fondamentali, secondo quanto previsto all'art. 5-bis, co.3; i limiti o eccezioni relative, che si configurano laddove le amministrazioni dimostrino che la diffusione dei dati, documenti e informazioni richiesti possa determinare un probabile pregiudizio concreto ad alcuni interessi pubblici e privati di particolare rilievo giuridico individuati dal legislatore ed elencati all'art. 5-bis, co. 1 e 2 del D. L.gs.33/2013 e s.m.i..

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

La ASST Monza, con deliberazione n. 1114 del 19.6.2018 ha adottato il Regolamento contenente le modalità sul nuovo diritto di accesso civico e accesso agli atti, sulla base del documento recentemente pubblicato dall'ANCI, che contiene istruzioni tecniche, linee guida, note e modulistica per gli enti locali e che tiene conto delle linee guida ANAC in materia di definizione e limiti all'accesso civico, nonché della Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2017; esso è pubblicato nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.



---

## 14. IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

---

Ai sensi delle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 97/2016, che hanno modificato il D.Lgs. n. 33/2013 e la Legge n. 190/2012, il PTPC assume un ruolo programmatico ancora più incisivo, dovendo definire gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione e per la trasparenza fissati dal Direttore Generale.

Nel presente Piano sono resi espliciti i collegamenti tra le misure da adottare per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance organizzativi e individuali e gli obiettivi strategici. Il RPCT ha individuato, seguendo le indicazioni dell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione 2016, gli obiettivi, condivisi con i responsabili delle Strutture interessate, da assegnare ai singoli uffici, così come riportati nella tabella Allegato 2.

In tale ottica il PTPC deve coordinarsi e collegarsi con il Piano della Performance (art. 10, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 27.10.2009, n. 150 e s.m.i.), in quanto è in tale documento che sono individuati, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda. Esso definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Inoltre l'art. 10, co. 3, del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisca obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali.

La pubblicazione del Piano della Performance rappresenta un ulteriore obiettivo della trasparenza. Tale documento è stato, da ultimo, adottato con deliberazione n. 124 del 30.1.2018 relativamente al triennio 2018/2020, mentre è in corso di adozione l'approvazione del Piano della Performance per il triennio 2019/2021.

Si evidenzia, in ultimo, il ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) - già coinvolto nella validazione del ciclo della performance - circa la verifica e l'attestazione del rispetto degli obblighi di trasparenza, nonché in merito alla verifica dell'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione, così come disposto dal D. Lgs n. 33/2013 e s.m.i. "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", e successive Delibere ANAC.

---

## 15. LE SANZIONI

---

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

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

Questi ultimi agiranno sulla base dei principi contenuti nella legge n. 689/1981.

L'Azienda ha dedicato una specifica sezione alle sanzioni all'interno del proprio Codice etico e di comportamento .

---

## DISPOSIZIONI FINALI

---

Il presente Piano per la prevenzione della corruzione e piano della trasparenza è approvato con deliberazione del Direttore Generale n.            del            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.