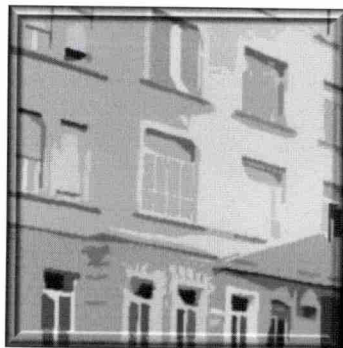
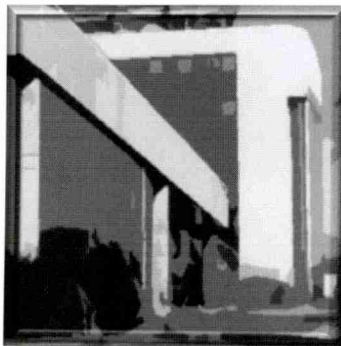


**PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E
PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E
L'INTEGRITA'**
ANNI 2018-2019-2020



Milano, 30 gennaio 2018

Adottato con provvedimento deliberativo n. 135/31 GEN 2018

Su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione: avv. Claudia C. Rimoldi



INDICE

PREMESSA

- ◇ CORRUZIONE E TRASPARENZA: QUALE SIGNIFICATO?
- ◇ TRASPARENZA: IL VALORE AL SERVIZIO DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
- ◇ ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA: I NOSTRI RIFERIMENTI
- ◇ L'ASST FATEBENEFRADELLI SACCO
- ◇ IL PROGETTO MILANO

PARTE PRIMA

- ◇ PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA NELLA ASST FATEBENEFRADELLI SACCO
- ◇ SOGGETTI E RUOLI

PARTE SECONDA

- ◇ LO STATO DI AVANZAMENTO DEL PIANO AZIENDALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DEL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'

PARTE TERZA

- ◇ LE AZIONI CHE VERRANNO POSTE IN ESSERE NEL CORSO DELL'ANNO 2018
 - Il controllo dei processi/dei procedimenti a rischio
 - Rafforzamento delle sinergie con la funzione di Internal Auditing



PARTE QUARTA - PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'

- ◇ FONTI DI RIFERIMENTO
- ◇ LA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" DELLA ASST FATEBENEFRADELLI SACCO
- ◇ INDICAZIONI OPERATIVE PER LA CORRETTA PUBBLICAZIONE DEI DATI/DEI DOCUMENTI DA PARTE DEI RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE
- ◇ SOGGETTI COINVOLTI NELLA ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'
- ◇ LA MATRICE DELLE RESPONSABILITA'
- ◇ L'ACCESSO CIVICO
- ◇ SVILUPPO DI UNA SEZIONE DEL SITO WEB ISTITUZIONALE DEDICATA AL TEMA DELLA TUTELA DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI





PREMESSE

CORRUZIONE E TRASPARENZA: QUALE SIGNIFICATO?

La Legge n. 190 del 2012 rappresenta una novità legislativa molto importante, poiché pone l'accento sulla necessità di introdurre misure di prevenzione del fenomeno corruttivo. Sino a quel momento la corruzione era stata indagata soprattutto a livello penalistico, in una logica di repressione del reato. La nuova legge offre una accezione più ampia del termine, maggiormente legata alla prevenzione del malcostume politico e amministrativo, da combattere utilizzando gli strumenti messi a disposizione dal legislatore europeo e nazionale. Vengono così fatte rientrare, nel novero delle condotte corruttive, tutte quelle situazioni nelle quali, nel corso della attività amministrativa, si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato, al fine di conseguire vantaggi privati. Di conseguenza, a rilevare non sono soltanto le condotte penalmente perseguibili (i reati), bensì anche i comportamenti censurabili posti in essere, nell'ambito dell'esercizio di funzioni pubbliche, con lo scopo di favorire interessi privati. Le fattispecie rilevanti, dunque, non sono solo quelle previste dal legislatore penale, bensì a ragione ricomprendono 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.

Perché la corruzione deve spaventare?

Si possono prendere a prestito le parole di Cecilia Malmström, a suo tempo Commissaria UE per gli Affari interni:



“La corruzione mina la fiducia dei cittadini nelle istituzioni democratiche e nello Stato di diritto, danneggia l'economia europea e priva gli Stati di un gettito fiscale particolarmente necessario”.

L'effetto destabilizzante della corruzione è il suo potere di compromettere la fiducia che i cittadini dovrebbero riporre nelle loro istituzioni, con conseguenze devastanti tanto a livello sociale quanto a livello economico.

Allo stesso modo la Relazione dell'Unione Europea sulla lotta alla corruzione del febbraio 2014 recita:

“La corruzione danneggia gravemente l'economia e la società nel suo complesso. Molti Paesi nel mondo sono afflitti da una corruzione profondamente radicata che ostacola lo sviluppo economico, mina la democrazia e lede la giustizia sociale e lo Stato di diritto. Gli Stati membri dell'UE non sono immuni da questa realtà. Pur variando da un paese all'altro per natura e portata, la corruzione colpisce tutti gli Stati membri e si ripercuote sulla buona governance, sulla sana gestione del denaro pubblico e sulla competitività dei mercati. In casi estremi, mina la fiducia dei cittadini nelle istituzioni e nei processi democratici.”

Ancora, nella Convenzione civile sulla corruzione, firmata a Strasburgo nel 1999, all'articolo 2 si legge che per corruzione *si intende il fatto di sollecitare, offrire, dare o accettare, direttamente o indirettamente, una provvigione illecita o altro indebito vantaggio, ovvero promettere tale indebito vantaggio, in modo tale da pregiudicare il normale esercizio di una funzione o il comportamento regolamentare di colui che beneficia della provvigione illecita o dell'indebito vantaggio o della promessa di tale vantaggio indebito.*



Perché si deve combattere la corruzione?

Perché, comunque sia definita, e sia pure nella non perfetta identità delle definizioni, è chiaro che la corruzione pregiudica l'esercizio della funzione amministrativa, che la Costituzione pone al servizio dei cittadini, pretendendo, a garanzia, la sua imparzialità.

TRASPARENZA: IL VALORE AL SERVIZIO DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

L'articolo 1 del Decreto Legislativo n. 33 del 2013, così come recentemente modificato dal D.Lgs. n.97 del 2016, stabilisce che la trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle liberalità individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

Come dobbiamo intendere la trasparenza?

Il Decreto Legislativo n. 33/2013, nella sua attuale versione, ci dice che la trasparenza deve essere intesa come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalla pubblica amministrazione allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme di diffusione e di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA: I NOSTRI RIFERIMENTI

LA LEGGE 30 NOVEMBRE 2017 N. 179 – Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato

LA LEGGE 6 NOVEMBRE 2012, N. 190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione

IL DECRETO LEGISLATIVO 14 MARZO 2013 N. 33 – Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, così come modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n 97

IL DECRETO LEGISLATIVO 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

IL DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 16 APRILE 2013, N. 62 – Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165"

LE CIRCOLARI DEL DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA:

- n. 1/2013 del 25 gennaio 2013 avente ad oggetto "Legge n. 190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"



- n. 2/2013 del 19 luglio 2013, avente ad oggetto “D.Lgs. n. 33 del 2013 – attuazione della trasparenza

LE DISPOSIZIONI DELL'AUTORITA' NAZIONALE ANTICORRUZIONE

Determinazione n. 1310 del 28 dicembre 2016 – Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016

Determinazione n. 1309 del 28 dicembre 2016 – Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'articolo 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013

Determinazione n. 833 del 3 agosto 2016 – Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività e poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.

Determinazione n. 358 del 29 marzo 2017 – Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Determinazione n. 241 dell'8 marzo 2017 – Linee Guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art.14 del d.lgs. 33/2013 “Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali” come modificato dall'art.13 del d.lgs. 97/2016.



Determinazione n. 6 del 28 aprile 2015 – Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)

IL PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE

IL PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE approvato in data 11 settembre 2013 dall'Autorità nazionale Anticorruzione e predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica

Determinazione n. 12 del 28 agosto 2015 –Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione

IL PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE 2016

Con determinazione ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 è stato approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2016

Deliberazione ANAC 1208 del 22 novembre 2017 – Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione

LA NORMATIVA REGIONALE

Legge Regionale 11 agosto 2015 n. 23 e ss.mm.ii – Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

DGR n. X/4702 del 29 dicembre 2015 - Regole 2016 – Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016

DGR n. X/5954 del 5 dicembre 2016 – Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario lombardo per l'esercizio 2017



I REGOLAMENTI ADOTTATI DALLA ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO

Nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale della ASST Fatebenefratelli Sacco, alla voce "Disposizioni Generali" – "Atti Generali" sono presenti i regolamenti adottati dalla ASST per la disciplina delle attività istituzionali dell'ente.

Tra questi si ricordano:

- Il codice di comportamento dei dipendenti della ASST Fatebenefratelli Sacco, adottato con Delibera n. 417 del 25 maggio 2016
- La procedura aziendale per la segnalazione di condotte illecite e irregolarità (Whistleblowing policy), adottata con Delibera n. 416 del 25 maggio 2016

L'ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO

La sua costituzione e il processo di riorganizzazione avviato nell'anno 2016 e portato al termine nell'anno 2017 con la definizione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS).

L'Azienda Socio Sanitaria Fatebenefratelli Sacco è stata costituita con D.G.R. n. X/4474 del 10.12.2015, a far data dall' 1 gennaio 2016, in attuazione del disposto della Legge Regione Lombardia n. 23 dell'11 agosto 2015. Al neo-costituito ente, che ha autonoma personalità giuridica pubblica sono afferite le pre-esistenti Aziende Ospedaliere "Fatebenefratelli e Oftalmico" (che include altresì il presidio ospedaliero Macedonio Melloni) e "Luigi Sacco", nonché il presidio ospedaliero "Vittore Buzzi", incorporato dalla pre-esistente Azienda Ospedaliera Istituti Cinici di Perfezionamento.

La nuova ASST è succeduta a titolo universale in tutti i rapporti attivi e passivi facenti capo alle ex Aziende Ospedaliere "Fatebenefratelli e Oftalmico" (già



comprendente l'Ospedale Macedonio Melloni) e "Luigi Sacco", con le relative strutture sanitarie e socio sanitarie così come individuate nell'assetto accreditato, e succede a titolo particolare nei rapporti attivi e passivi rientranti nel perimetro dei rami d'azienda oggetto di scissione, ovvero l'Ospedale dei Bambini "Vittore Buzzi", scorporato dalla ex A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento e le strutture distrettuali del territorio di competenza della ex ASL Città di Milano elencate nell'allegato 1 alla DGR n. X del 10.12.2015.

Alla luce della complessa realtà organizzativa di nuova costituzione, si è ritenuto necessario procedere, anche ai fini della definizione delle azioni da intraprendere in ossequio alla normativa sulla prevenzione della corruzione, ad una ricognizione dei processi gestiti dalle pre-esistenti aziende/strutture incorporate nella neo-costituita ASST Fatebenefratelli Sacco e dei livelli di attribuzione di responsabilità in capo agli uffici e alle figure dirigenziali confluiti, a loro volta, nella ASST. In questa delicata fase di riorganizzazione dell'Azienda, la mappatura dei rischi di realizzazione di condotte conduttive non poteva non essere preceduta da un enorme sforzo di armonizzazione delle procedure di gestione delle attività istituzionali, sia amministrative che sanitarie, e di riconduzione delle stesse alla precisa titolarità delle neo-individuate strutture aziendali di riferimento. In pratica la ASST ha completato il processo di riorganizzazione aziendale attraverso i seguenti passaggi:

- con provvedimento deliberativo n. 23 del 27 gennaio 2016 si è proceduto alla individuazione dei responsabili con funzioni di coordinamento complessivo delle attività del nuovo soggetto giuridico. Ciò anche al fine di disporre una regolamentazione delle strutture complesse aziendali, con particolare riferimento alle strutture con funzioni centrali amministrative doppie, tenuto conto che le funzioni istituzionali devono necessariamente essere riconducibili ad un unico soggetto per una corretta e trasparente gestione delle relazioni interne ed esterne all'ente;



- con successivo provvedimento n. 86 del 29 febbraio 2016 sono stati individuati i responsabili con funzione di Direttori di Dipartimento del nuovo soggetto giuridico;
- infine, con delibera n. 767 del 21 luglio 2017, è stata adottata la proposta di Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2016-2018, che ha tenuto conto delle indicazioni operative per la redazione del medesimo fornite dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia;
- Con deliberazione n. X/6962 del 31 luglio 2017 la Giunta regionale della Lombardia ha approvato il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2016-2018.

Nel POAS è stato dato risalto alle funzioni di presidio della trasparenza e della legalità e di internal auditing. Le funzioni predette realizzeranno, nel corso dell'anno 2018 e dei successivi anni, un opportuno raccordo nel comune sforzo di dare vita ad una efficace azione di prevenzione delle condotte illecite negli ambiti amministrativi, gestionali e organizzativi.

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico della ASST Fatebenefratelli Sacco è, al momento in cui viene redatto il presente documento, in fase di progressiva attuazione.

II PROGETTO MILANO

L'articolo 7, comma 19, della L.R. 33/2009, così come modificato dalla L.R. 23/2015, ha stabilito che *"nell'ambito dell'ATS della Città Metropolitana di Milano e della ATS Montagna, in ragione della peculiarità territoriale, possono essere individuati dalla Giunta Regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentite le conferenze dei sindaci territorialmente competenti, particolari modelli gestionali, organizzativi e aziendali che consentano un miglioramento della rete d'offerta e una sua razionalizzazione"*.



Con successiva Deliberazione della Giunta di Regione Lombardia n. X/5954 del 5 dicembre 2016, viene descritto, nell'allegato A, il c.d. Progetto Milano, di attuazione del disposto dell'articolo sopra citato.

Al fine di definire i capisaldi del progetto e di stabilire le modalità della sua realizzazione la Direzione Generale Welfare ha stabilito l'istituzione di un Advisory Board Socio Sanitario, composto dai Direttori Socio Sanitari delle ASST e dell'ATS e dai Direttori Sanitari degli IRCCS, che ha avuto il compito di individuare e proporre il modello di integrazione tra i diversi ambiti (quello territoriale e quello ospedaliero). Il predetto modello, valutato e approvato dal Collegio dei Direttori, nonché inviato a Regione per le valutazioni di competenza, è infine confluito in un testo convenzionale (e nelle sue successive integrazioni e modificazioni) stipulato tra ATS Città Metropolitana di Milano e ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Nord Milano e IRCCS Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico.

Alla luce di quanto disposto nel testo convenzionale si è dunque assistito, nel corso dell'anno 2017, al progressivo trasferimento alla ASST Fatebenefratelli Sacco di funzioni e attività dal territorio. Il delicato e complesso processo di riorganizzazione della Azienda, a seguito della entrata in vigore della L.R. 23/2015, dovrà dunque tenere in debito conto, nel triennio a venire, anche del completamento del progetto di integrazione tra ospedale e territorio, che ha peraltro rappresentato uno dei cardini della riforma del Sistema Socio Sanitario Regionale.



PARTE PRIMA

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA NELLA ASST FATEBENEFRADELLI SACCO

SOGGETTI E RUOLI

IL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale, nella sua veste di organo di indirizzo dell'Azienda, designa il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, approva, con proprio atto deliberativo il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la trasparenza e i relativi aggiornamenti e adotta gli atti e i regolamenti aziendali che, nell'ambito delle diverse aree di attività della ASST, contribuiscono a porre in essere misure efficaci di prevenzione della corruzione.

Al fine di consentire al Responsabile per la prevenzione della corruzione di svolgere il proprio ruolo in modo efficace e con la sufficiente autonomia prevista dal legislatore il Direttore Generale dispone le misure organizzative necessarie ad assicurare i predetti obiettivi.

LA DIREZIONE STRATEGICA

Il RPCT collabora con il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Direttore Socio-Sanitario per la definizione di strategie a sostegno della diffusione in Azienda di una cultura ostile alla corruzione



IL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (RPCT)

La figura del Responsabile per la prevenzione della corruzione è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal D.Lgs. 97/2016. 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 in maniera autonoma e effettiva.

La normativa attribuisce al Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza i seguenti compiti:

- proporre al Direttore Generale il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, e i relativi aggiornamenti;
- vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del PTPC, la cui attuazione spetta ai referenti individuati nel Piano e comunque ai dirigenti incaricati dello svolgimento di attività e della gestione di processi esposti a maggiore rischio di corruzione;
- verificare l'effettiva rotazione degli incarichi nelle unità operative e/o negli uffici a più elevato rischio di corruzione, fatta salva l'esigenza di garantire la piena funzionalità delle strutture organizzative aziendali, anche tramite la salvaguardia dei necessari livelli di professionalità e competenza;
- individuare, di intesa con i dirigenti competenti, il personale che opera nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- definire, d'intesa con i dirigenti competenti, le procedure per selezionare e formare i dipendenti che operano nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione;
- inviare una rendicontazione semestrale a Regione Lombardia in merito alla attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei



dipendenti che segnalano illeciti, così come previsto dalla DGR n. X/4878 del 7 marzo 2016;

- predisporre e trasmettere al Direttore Generale, al Collegio Sindacale e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni la relazione annuale sulla attività espletata.

REFERENTI DEL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA

Nell'ambito della complessa realtà aziendale delineatasi a seguito delle operazioni di fusione e incorporazione, attraverso le quali è stata costituita la Azienda Socio Sanitaria Territoriale, il Responsabile per la prevenzione della corruzione reputa necessario individuare un numero di referenti che possano garantire, da un lato, il corretto flusso delle informazioni necessarie per l'attività di monitoraggio delle misure introdotte in una logica di prevenzione del fenomeno corruttivo, e, dall'altro, il supporto al RPCT alla luce delle specifiche professionalità e competenze negli ambiti di attività a più elevato rischio di realizzazione di condotte illecite.

Si individuano pertanto quali referenti per l'attuazione del Piano Triennale di prevenzione della Corruzione:

- il Direttore della S.C. organizzazione e Risorse Umane;
- il Direttore della S.C. Provveditorato e Economato
- il Direttore della S.C. Tecnico-Patrimoniale
- il Direttore della S.C. Economico-Finanziaria
- il Direttore della S.C. Qualità, Rischio Clinico Accreditamento PIMO e Internal Auditing
- il Direttore della S.C. Sistema Informativo e Supporto organizzativo
- il Direttore della S.C. Accoglienza e URP
- Il Direttore S.C. SITRA
- Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera
- Il Responsabile S.S. Ingegneria Clinica



- Il Responsabile S.S. Pianificazione, Controllo di gestione e flussi
- Il Responsabile S.S. Servizio di Prevenzione e Protezione
- Il Responsabile S.S. Libera Professione, Marketing e convenzioni
- Il Direttore Medico del Presidio Ospedaliero "Luigi Sacco"
- Il Direttore Medico del Presidio Ospedaliero "Vittore Buzzi"
- Il Direttore Medico del Presidio "Fatebenefratelli e Oftalmico"

I Referenti, come sopra individuati, sono tenuti a fornire il loro contributo alla realizzazione del Piano assicurando, tra l'altro:

- ⇒ la messa a disposizione di tutte le informazioni che il RPCT riterrà necessarie/utili per una efficace mappatura dei rischi aziendali e per la conseguente valutazione dei rischi secondo i criteri forniti dal Piano Nazionale Anticorruzione. Come prevede la stessa ANAC i referenti del RPCT, così come anche tutti i Direttori/Responsabili di unità organizzative sono tenuti a partecipare, per le parti di rispettiva competenza, alla rilevazione e alle successive fasi di identificazione e valutazione dei rischi;
- ⇒ la più ampia diffusione, tra i collaboratori, dei contenuti e delle misure previste dal Piano;
- ⇒ l'applicazione, ciascuno nell'ambito di attività della propria struttura, delle misure di prevenzione della corruzione previste dal Piano;
- ⇒ l'applicazione delle disposizioni normative e delle linee guida emanate a livello nazionale e regionale che introducono, anche con riferimento alle materie e ai processi gestiti dalla singola struttura, misure/adempimenti finalizzati alla attuazione di una efficace strategia di prevenzione della corruzione;
- ⇒ la partecipazione propria e dei collaboratori alle iniziative di formazione proposte dal RPCT; sui temi dell'etica, della trasparenza e della prevenzione e repressione delle condotte illecite;



- ⇒ la diffusione, all'interno delle proprie strutture, della conoscenza del Codice di Comportamento dei dipendenti della ASST e della procedura aziendale per la tutela del dipendente che segnala condotte illecite (whistleblowing policy);
- ⇒ la cura del tempestivo assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente e dai regolamenti aziendali in materia di trasparenza dell'attività amministrativa;

I referenti del RPCT sono incoraggiati a formulare proposte e a promuovere azioni di loro iniziativa, finalizzate alla prevenzione della corruzione, che avranno cura di comunicare al RPCT per realizzare una opportuna condivisione e un necessario coordinamento con le misure previste dal Piano.

I DIRETTORI DI STRUTTURE COMPLESSE E I RESPONSABILI DI STRUTTURE SEMPLICI/UFFICI

E' necessario rinsaldare la partecipazione dei direttori/responsabili di strutture alle fasi di attuazione del Piano, tenuto altresì conto del fatto che la mancata collaborazione attiva alla attuazione delle misure di prevenzione della corruzione previste dal legislatore nazionale e del Piano Anticorruzione Nazionale e Aziendale influisce negativamente sulla valutazione del dirigente ed è fonte di responsabilità disciplinare.

Si richiama l'articolo 16, comma 1 del D.Lgs. n. 165/2001, ai sensi del quale:

- comma 1-bis) i dirigenti concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;
- comma 1-ter) i dirigenti forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più



elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;

- comma 1-quater) i dirigenti provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio 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

Sul piano operativo, verrà richiesto dal RPCT ai Direttori/Responsabili dell'Azienda, per le aree di rispettiva competenza:

- 1) di aggiornare, nell'ambito delle strutture di competenza, con periodicità almeno annuale, anche a seguito del processo di armonizzazione ancora in corso, soprattutto per quanto concerne l'integrazione ospedale/territorio, la mappatura delle aree, delle attività e dei processi a rischio di corruzione o, comunque, di condotte illecite, così da condividere, con il RPCT la ponderazione del predetto rischio;
- 2) di convocare, all'interno delle proprie strutture, riunioni, almeno semestrali, ad esito delle quali dovrà essere redatto apposito verbale da consegnare in copia al RPCT, per la condivisione di un momento conoscitivo e di confronto sulle misure adottate dall'Azienda nella logica di efficace prevenzione della corruzione (PTPCT, Codice di Comportamento, Whistleblowing policy, circolari, comunicazioni del RPCT, ecc), e per una rendicontazione periodica sullo stato di realizzazione degli adempimenti previsti in capo alla struttura, altresì in tema di trasparenza e pubblicazione obbligatoria di dati/informazioni;
- 3) di vigilare sull'osservanza da parte dei propri collaboratori delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel PTPC, con l'obbligo di segnalare eventuali criticità o violazioni al RPCT;



Si ricorda come sia l'aggiornamento al Piano Anticorruzione 2015, sia il Piano Anticorruzione 2016, adottati da ANAC, ribadiscono come la collaborazione dei responsabili degli uffici sia fondamentale per consentire al RPCT e all'organo di indirizzo (nel nostro caso il Direttore Generale) di definire misure concrete e sostenibili sia dal punto di vista organizzativo, sia di tempi chiaramente definiti.

IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La Deliberazione n. X/5539 del 2 agosto 2016, recante "Linee guida per i Nuclei di Valutazione delle Performance/prestazioni del personale degli enti sanitari" attribuisce al Nucleo il compito di verificare l'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione e trasparenza.

Dunque, tra i compiti attribuiti al Nucleo di valutazione delle Prestazioni rientrano i seguenti:

- ⇒ la verifica della 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 della performance;
- ⇒ l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal D.Lgs. 150/2009;
- ⇒ esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento che l'ASST adotta;
- ⇒ verifica, anche ai fini della validazione della relazione della performance, che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- ⇒ verifica i contenuti della relazione recante i risultati della attività svolta, che il RPCT predispone e trasmette al Nucleo, oltre che al Direttore Generale.



LA FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING

Con provvedimento deliberativo n. 1057 del 16.11.2016 è stato approvato il regolamento aziendale della funzione di Internal Auditing.

L'internal auditing è una funzione di controllo indipendente preposta alla verifica dell'adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali. Svolge un controllo di terzo livello presidiando i controlli di secondo livello posti in atto dalle altre funzioni aziendali (Controllo di Gestione, Risk Management, Qualità, Anticorruzione) e quelli di primo livello attuati dai dirigenti responsabili dei processi aziendali.

L'Internal Auditing svolge dunque le seguenti funzioni:

- esaminare e valutare l'adeguatezza e l'efficacia del sistema dei controlli interni dell'organizzazione e delle modalità e qualità di svolgimento delle responsabilità assegnate;
- verificare l'affidabilità e l'integrità delle informazioni finanziarie, operative e gestionali, nonché i mezzi e gli strumenti utilizzati dall'organizzazione per identificare, raccogliere, classificare e riferire tali informazioni;
- esaminare i sistemi in atto per assicurare il rispetto di politiche, procedure, piani e regolamenti che possano incidere significativamente sulle operazioni e sulla reportistica, accertandone inoltre l'effettiva ottemperanza da parte dell'organizzazione;
- verificare i sistemi e i mezzi posti in atto per la protezione del patrimonio dell'organizzazione e, ove necessario, accertarne l'effettiva consistenza;
- valutare la rispondenza tra impiego delle risorse e criteri di economicità ed efficienza;



- o verificare che attività e progetti si svolgano secondo piani e programmi predefiniti e che i risultati conseguiti siano coerenti con gli obiettivi e i traguardi stabiliti;
- o valutare, in un contesto in continua evoluzione, la significatività dei rischi dell'organizzazione, accertandone l'adeguata comprensione e l'appropriata gestione;
- o facilitare il processo di miglioramento continuo dell'organizzazione.

E' prevista dal regolamento la stesura di un Piano di Audit, nel quale vengono definiti gli ambiti di azione e le attività di controllo da svolgere sulla base:

- del risultato della valutazione dei rischi (Risk Assessment)
- e/o degli ambiti che la Direzione Generale ritenga di sottoporre ad audit.

Per la realizzazione del Piano è stato creato, con il provvedimento deliberativo n. 1057 del 16.11.2016 un gruppo di lavoro al quale partecipa anche il RPCT, con la finalità di dare vita ad un valido raccordo tra le azioni compiute, nell'ambito dei differenti livelli di controllo, aventi la medesima finalità di contrastare il fenomeno corruttivo in Azienda.

L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari Aziendale avvia e conclude i procedimenti disciplinari di propria competenza, al ricorrere delle condizioni e secondo le modalità stabilite dai regolamenti disciplinari vigenti in Azienda e pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente".

L'UPD formula proposte in merito all'aggiornamento del Codice di Comportamento soprattutto per quanto concerne doveri o comportamenti specifici di dipendenti/collaboratori dell'Azienda in relazione alle misure di prevenzione della corruzione per aree o processi a rischio elevato.



I DIPENDENTI DELLA ASST FATEBENEFRADELLI SACCO E I COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO DELLA ASST

Tanto nell'Aggiornamento al Piano Anticorruzione 2015, quanto nel Piano Anticorruzione 2016, ANAC ribadisce come il coinvolgimento di tutto il personale in servizio (ivi compresi gli eventuali collaboratori a tempo determinato o i collaboratori esterni) sia decisivo per la qualità del PTPC e delle relative misure.

I dipendenti sono chiamati a partecipare attivamente al processo di autoanalisi organizzativa di mappatura dei processi, attraverso il contributo fornito operativamente all'interno della propria struttura e attraverso i suggerimenti che gli stessi intendano formulare per la realizzazione di misure efficaci di prevenzione nell'ambito dei processi cui sono chiamati a partecipare.

I dipendenti osservano le misure contenute nel PTPCT e segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o al RPCT, nonché le situazioni personali di conflitto di interessi.

Oltre ai dipendenti, anche i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda sono tenuti ad osservare le misure contenute nel PTPCT e a segnalare eventuali situazioni di illecito.

Nei contratti individuali di lavoro stipulati con ciascun nuovo dipendente, in occasione della prima assunzione in servizio, dovrà essere specificamente incluso l'obbligo, a carico degli stessi, assunto tramite la sottoscrizione dell'atto, di osservare le prescrizioni contenute nel PTPCT e nel Codice di Comportamento.

Altresì, i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda sono tenuti ad osservare le misure contenute nel PTPCT e a segnalare le eventuali situazioni di illeciti.

Nei contratti di prestazione d'opera stipulati con i liberi professionisti e con gli altri collaboratori a qualsiasi titolo della ASST dovrà essere specificamente incluso l'obbligo, a carico degli stessi, assunto tramite la sottoscrizione dell'atto, di osservare le prescrizioni contenute nel PTPCT e nel Codice di Comportamento, per quanto compatibili con la natura del rapporto instaurato.





PARTE SECONDA

LO STATO DI AVANZAMENTO DEL PIANO AZIENDALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DEL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'

MAPPATURA DEI PROCESSI E VALUTAZIONE DEI RISCHI AD ESITO DEL PROCESSO DI RIORGANIZZAZIONE ATTUATO NELLA ASST NEL CORSO DEGLI ANNI 2016-2017

Riprendendo la definizione contenuta nel primo Piano Nazionale Anticorruzione, ANAC, nell'aggiornamento 2015 al piano ribadisce la coincidenza del fenomeno corruttivo con l'idea di "maladministration", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fai interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) derivanti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

Avendo come riferimento questa accezione più ampia del termine "corruzione" si è proceduto, nel corso dell'anno 2017, ad un'analisi completa delle aree di attività della ASST (ivi incluse quelle in fase di trasferimento dal territorio e dalle ex ASL), per la realizzazione di una mappatura dei processi a rischio e di una valutazione di quest'ultimo maggiormente aderente alla nuova realtà rispetto al quadro fornito a corredo del primo piano anticorruzione della ASST, adottato agli albori della sua costituzione.

Ai fini dell'aggiornamento della mappatura dei processi e dei rischi è stata operata una distinzione tra rischi correlati allo svolgimento di attività comuni ad altre pubbliche amministrazioni e rischi di natura specifica in ragione delle attività istituzionali proprie dell'area della Sanità pubblica.



METODO ADOTTATO PER LA MAPPATURA DEI PROCESSI E LA CONSEGUENTE IDENTIFICAZIONE E PONDERAZIONE DEI RISCHI

E' stato richiesto ai Direttori/Responsabili di strutture complesse/semplici di redigere e trasmettere al RPCT la mappatura completa dei processi gestiti dalla propria struttura con particolare riferimento a quelle attività che, per loro natura, sono esposte ad un maggiore rischio di realizzazione di condotte corruttive o comunque illecite.

Con ciascun responsabile, nonché con i collaboratori da quest'ultimo indicati, sono stati organizzati incontri ad hoc con la finalità di spiegare il metodo e i criteri che sarebbero stati adottati per addivenire ad una chiara identificazione e ponderazione dei rischi discendenti dai procedimenti di volta in volta presi in considerazione.

Con riferimento alle indicazioni fornite da ANAC nella determinazione n. 12/2015 e nella delibera 831/2016, si è dunque proceduto alla mappatura dei seguenti processi e alla conseguente ponderazione dei rischi riscontrati.

MAPPATURA DEL CICLO DEGLI ACQUISTI

La mappatura ha avuto a riferimento le seguenti fasi:

- ⇒ programmazione
- ⇒ progettazione
- ⇒ selezione del contraente
- ⇒ verifica aggiudicazione e stipula del contratto
- ⇒ esecuzione del contratto
- ⇒ rendicontazione del contratto

RECLUTAMENTO E PROGRESSIONE DEL PERSONALE, INCARICHI E NOMINE

La mappatura ha avuto a riferimento i seguenti processi:

- ⇒ reclutamento del personale
- ⇒ progressioni di carriera, attribuzione di incarichi e nomine



- ⇒ conferimento di incarichi libero professionali e di collaborazione
- ⇒ forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (tirocini, borse di studio, ecc.)
- ⇒ attribuzione incarichi dirigenziali
- ⇒ sostituzione della dirigenza medica e sanitaria
- ⇒ incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del D.Lgs. 502/1992
- ⇒ incarichi di direzione di struttura semplice e complessa

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE LISTE DI ATTESA

La mappatura del processo ha contemplato, tra le molteplici fasi:

- ⇒ la fase di autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI)
- ⇒ la fase di verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata
- ⇒ la fase di verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI
- ⇒ il processo di negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali
- ⇒ la ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'Azienda
- ⇒ la gestione delle liste di attesa (descrizione del processo, livello di informatizzazione, attori del processo, livello di controllo, gestione dei flussi informativi, ecc.)

Con riferimento ai sotto indicati ambiti, anche in considerazione del processo tuttora in corso di riorganizzazione delle attività (altresì con riferimento alle attività precedentemente svolte da ATS) o, in taluni casi, di avvicendamento dei responsabili degli uffici cui le stesse fanno capo, si è stabilito di rinviare ai primi mesi dell'anno 2018 l'approfondita analisi dei rischi, nonché la valutazione, a



seguito di appositi audit del RPCT, della conformità dei procedimenti alle disposizioni normative e alla disciplina regolamentare disposta dall'Azienda.

FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE

In aggiunta a quanto già previsto con riferimento al ciclo degli acquisti, la mappatura del processo in parola dovrà riguardare:

- la gestione del magazzino e il suo livello di informatizzazione
- il ciclo di terapia fino al momento della somministrazione.

RICERCA, SPERIMENTAZIONI, SPONSORIZZAZIONI E PROGETTI

La mappatura riguarderà i processi indicati, il loro svolgimento, nonché l'attività di fundraising finalizzata al sostegno della ricerca e della attività clinica.

ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

Gestione e utilizzo delle camere mortuarie.

GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

La mappatura del processo, caratterizzato da complessità, ha ricompreso le seguenti fasi:

- ⇒ fatturazione attiva
- ⇒ fatturazione passiva
- ⇒ tracciabilità dei flussi economici e finanziari
- ⇒ controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati
- ⇒ gestione del patrimonio immobiliare
- ⇒ gestione finanziamenti pubblici

IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI

Una volta completata la mappatura dei processi, il RPCT ha proceduto, con il supporto dei Referenti di volta in volta individuati, alla identificazione dei principali rischi che attengono alla corruzione e alle ulteriori condotte illecite che



si intendono contrastare, nonché alla ponderazione del rischio basata sulla sua potenziale capacità lesiva e sulla probabilità di accadimento.

Per effettuare tale valutazione si è reputato opportuno utilizzare il medesimo criterio esposto nell'ambito del regolamento sulla funzione di Internal Auditing, così da rendere possibile un efficace raccordo tra i due livelli di controllo, agevolato dall'utilizzo di strumenti e criteri di misurazione comparabili.

Si ripropongono (cfr. il precedente aggiornamento del Piano, riferito al triennio 2017-2019) riprendendoli dalla fonte citata, i criteri di misurazione del rischio, oltre ad una definizione condivisa del concetto.

RISCHIO -> evento potenziale il cui verificarsi potrebbe pregiudicare la capacità dell'azienda di perseguire gli obiettivi definiti dal Management.

In primo luogo è necessario valutare il **RISCHIO (P)** in cui l'azienda incorre misurando lo stesso in termini di **PROBABILITA' (P)** di accadimento e di **IMPATTO (I)**

$$\text{RISCHIO} = \text{PROBABILITA'} \times \text{IMPATTO}$$

PROBABILITA' -> frequenza del manifestarsi del rischio o di possibile accadimento dell'evento negativo identificato

VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'

QUASI 4	CERTO $\Rightarrow$	E' presumibile che l'evento si manifesti sistematicamente o ripetutamente nell'arco di un periodo definito (es. anno)
------------	---------------------	---



MOLTO PROBABILE 3	⇒	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi reale, anche se non con caratteristiche di sistematicità
POCO PROBABILE 2	⇒	L'evento ha qualche probabilità di manifestarsi nel periodo
RARO 1	⇒	La probabilità di accadimento dell'evento è da considerarsi remota.

IMPATTO -> livello in cui il manifestarsi del rischio potrebbe influenzare il raggiungimento delle strategie e degli obiettivi; danno economico potenziale (perdita o mancato guadagno) provocato dal manifestarsi dell'evento negativo

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO

GRAVE 4	⇒	Impatto rilevante sul raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (es. casi di frode o malversazioni, inefficacia dei sistemi informativi).
------------	---	---



SIGNIFICATIVO 3 	Impatto rilevante sulla strategia o sulle attività operative dell'organizzazione.
MODERATO 2 	Impatto contenuto sul raggiungimento degli obiettivi strategici dell'Azienda (es. inefficienze o interruzioni nell'operatività, nei pagamenti, problemi temporanei di erogazione del servizio)
IRRILEVANTE 1 	Nessun impatto concreto sul raggiungimento degli obiettivi ma situazioni anomale che, a giudizio del management, possono richiedere interventi correttivi sui controlli a presidio di tali rischi.



Lo strumento metodologico adottato per valutare il rischio in termini di probabilità e impatto e la **MATRICE DI RACM** (*Risk Assessment Criteria Matrix*):

IMPATTO					
Probabilità		1	2	3	4
		Irrelevante	Moderato	Significativo	Grave
	4 QUASI CERTO	M	A	E	E
	3 MOLTO PROBABILE	M	M	A	E
	2 POCO PROBABILE	B	M	M	A
	1 RARO	B	B	M	A



LEGENDA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

B	Rischio basso
M	Rischio medio
A	Rischio alto
E	Rischio elevato

AGGIORNAMENTO DEL CODICE DI COMPORTAMENTO AZIENDALE

In ottemperanza alla previsione contenuta nell'aggiornamento del Piano Aziendale di Prevenzione della Corruzione – triennio 2017-2019 – il RPCT ha curato e proposto alla Direzione Strategica l'aggiornamento del Codice di Comportamento per i dipendenti della ASST Fatebenefratelli Sacco. Rispetto all'edizione del Codice adottata, all'indomani della costituzione della ASST, con provvedimento deliberativo n. 417 del 25.05.2016, il documento aggiornato ha tenuto conto delle linee guida ANAC di cui alla determinazione n. 358 del 29.03.2017.

Per quanto compatibili, le disposizioni del Codice devono ritenersi applicabili ai medici specialisti ambulatoriali convenzionati, ai medici in formazione specialistica, ai lavoratori atipici (liberi professionisti, co.co.co., interinali), ai frequentatori volontari, ai titolari di borse di studio e ricerca assegnate dall'ASST, ai tirocinanti e agli ulteriori collaboratori/ulteriori figure operanti a qualsiasi titolo nell'ambito della ASST, compresi componenti di organi, titolari di incarichi presso gli uffici di diretta collaborazione con il vertice politico-amministrativo. Le disposizioni del Codice si applicano anche, per quanto compatibili, ai collaboratori a qualsiasi titolo delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda. Infine, le predette disposizioni devono, per quanto compatibili, ritenersi applicabili anche al personale docente e ricercatore universitario in afferenza assistenziale presso la ASST, in accordo con le disposizioni che disciplinano il rapporto tra il personale



dipendente dell'Università e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale nello svolgimento delle attività assistenziali, si applicano per quanto compatibili le norme stabilite nel presente Codice, in virtù dell'inserimento di detto personale nell'organizzazione aziendale.

Nel codice è stato curato l'approfondimento del tema del conflitto di interessi, non solo attraverso una più puntuale definizione della fattispecie e della sua possibilità di presentarsi anche solo a livello potenziale, bensì anche attraverso la predisposizione di una modulistica ad hoc, che è stata allegata al codice, nella quale le dichiarazioni dei dipendenti che rilevano ai fini della verifica della sussistenza di un possibile conflitto di interessi sono state modulate in relazione al ruolo/alla funzione/alla fattispecie in relazione al quale/alla quale la dichiarazione è resa. Si distinguono così le seguenti tipologie di dichiarazione:

- assenza conflitto di interessi – personale del comparto e dirigenti
- conflitto di interessi per incarichi inerenti la gestione di rapporti contrattuali (RUP, DEC, progettista, direttore lavori, coordinatore della sicurezza, verificatore, collaudatore
- assenza situazioni di conflitto di interesse - consulenti/collaboratori
- assenza/sussistenza di conflitti di interesse nei casi di donazioni, erogazioni liberali e sponsorizzazioni

Al fine di guidare il dipendente nella compilazione delle dichiarazioni, e affinché quest'ultimo ne comprenda il significato, ciascun modulo è accompagnato da una nota informativa, corredata anche delle disposizioni normative specifiche richiamate nel documento o alle quali, comunque, si fa riferimento.





PARTE TERZA

LE AZIONI DA PORRE IN ESSERE NEL CORSO DELL'ANNO 2018

IL CONTROLLO DEI PROCESSI / DEI PROCEDIMENTI A RISCHIO

Una volta completato, nell'anno 2017, il processo di analisi dei procedimenti a rischio nell'ambito delle Unità Operative nelle quali l'Ufficio del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione ha discusso e condiviso con i Direttori delle strutture coinvolte i possibili rischi correlati alle fasi in cui si scompone ogni singolo procedimento, il RPCT si appresta a consegnare al Direttore di ogni struttura l'elenco aggiornato delle misure che si devono adottare al fine di contenere al massimo il rischio in parola.

Poiché però la bontà o l'efficacia delle misure che vengono delineate ad esito dell'esame di un processo è rapportata comunque un modello "teorico" di programma volto al contenimento del rischio in esame, si ritiene importante che le suddette misure siano "misurate sul campo", poiché è solo la verifica delle attività e dei procedimenti, nel momento della loro istruttoria e della loro conclusione, che permette di rilevare le criticità, le non conformità, le carenze che, se non meglio governate o arginate, fanno correre all'Azienda il rischio di un aumento della probabilità che azioni illecite (anche se non necessariamente correlate al fenomeno corruttivo) possano essere perpetrate o, comunque, creino un ambiente più favorevole al loro prodursi.

Per questa ragione si è deciso, concluso l'iter di riorganizzazione della nuova realtà aziendale scaturita dalla fusione e dall'accorpamento di pre-esistenti Aziende Ospedaliere, di dedicare l'anno 2018 al controllo sullo stato di applicazione delle misure anti-corruzione da parte delle strutture organizzative a maggiore rischio, applicando la seguente metodologia di lavoro.

- A partire dal mese di febbraio 2018 il RPCT inoltrerà ai Direttori di Unità Operativa interessati (si procederà con una struttura alla volta) una nota,



nella quale, in relazione ai procedimenti a maggior rischio curati dalla predetta unità organizzativa, saranno indicate domande specifiche, anche sulla base dei contenuti e delle indicazioni dei PNA, che permetteranno al Direttore di Unità Operativa di prepararsi, di predisporre il materiale necessario e di organizzare l'esame dei procedimenti, individuati a campione, che saranno valutati nel corso degli audit attraverso i quali sarà esplicata l'attività di controllo. Si chiarisce in questa sede che lo scopo dei questionari e degli audit del RPCT non è quello di sindacare, giudicare o, tanto meno, sanzionare l'attività dei direttori delle singole strutture, bensì quello di costruire insieme a questi ultimi un percorso maggiormente virtuoso che, attraverso la considerazione delle eventuali criticità emerse nella gestione dei processi di competenza, possa rafforzare le misure di prevenzione, tenendo conto della loro:

- Attuabilità
- Sostenibilità economica
- Efficacia

In via non esaustiva, si indicano di seguito le aree e gli ambiti prioritari sui quali sarà esercitato il controllo:

AREA CONTRATTI

- Pianificazione/programmazione
- Progettazione
- Selezione del contraente
- Aggiudicazione e stipula dei contratti
- Esecuzione e rendicontazione dei contratti

INCARICHI E NOMINE

Fasi del processo

- Definizione del fabbisogno e procedure di assegnazione dell'incarico



- Definizione dei profili dei candidati
- Definizione e costituzione della commissione giudicatrice
- Valutazione dei candidati
- Procedura di conferimento

Tipologie di incarico

- Incarichi di direzione di struttura complessa
- Incarichi di direzione di struttura semplice
- Incarichi di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo
- Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria
- Incarichi conferiti ai sensi dell'articolo 15 septies del D.Lgs. 502/1992
- Personale proveniente da altre ASST/ATS

GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

- Attività connesse ai pagamenti
- Gestione del patrimonio immobiliare

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE IN SANITA'

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

- Accesso del paziente alla richiesta/prenotazione di prestazioni sanitarie
- Autorizzazione del personale dipendente allo svolgimento di ALPI
- Svolgimento dell'Alpi
- Verifiche in ordine alla eventuale violazione di prenotazione centralizzata, di fatturazione e incasso diretto dell'Azienda



FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI

- Preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento dei farmaci, dispositivi e altre tecnologie
- Prescrizione dei farmaci in ambito ospedaliero/extra ospedaliero
- Sperimentazioni cliniche

ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO

RAFFORZAMENTO DELLE SINERGIE CON LA FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING

Prosegue il coordinamento con la funzione di Internal Auditing, preordinato al raggiungimento di una maggiore efficienza ed efficacia delle operazioni di verifica dei processi/delle attività aziendali.

In particolare, così come concordato con il Responsabile della Funzione di Internal Auditing, quest'ultimo e il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, sia pure nel rispetto della reciproca autonomia, definiranno una strategia comune per il controllo dei seguenti processi:

- Gestione dei sinistri aziendali
- Acquisizione di beni e servizi
- Autorizzazione allo svolgimento di incarichi retribuiti

IL MAG@ZINE AZIENDALE

Considerate la crescente popolarità del giornale aziendale, il Mag@zine, e la conseguente possibilità che il medesimo offre di raggiungere contemporaneamente tutti i dipendenti della ASST, è intenzione del RPCT, in accordo con il Responsabile dell'Ufficio Comunicazione, riservare uno spazio nel periodico aziendale alle iniziative in materia di prevenzione della corruzione



e, più in generale, alla diffusione di informazioni, notizie che contribuiscano alla crescita di una cultura etica nell'ambito dell'organizzazione.

Pubblicità del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

Il presente Piano, unitamente al provvedimento deliberativo del Direttore Generale, di adozione del medesimo, sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale (www.asst-fbf-sacco.it) della ASST Fatebenefratelli Sacco





PARTE QUARTA – PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'

IL D.lgs. 97/2016 è intervenuto a modificare significativamente il D.Lgs. 33/2013 realizzando, in primis una piena integrazione del Programma triennale della trasparenza e dell'integrità nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, ora anche della trasparenza (PTPCT).

Di conseguenza il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità costituisce ora la sezione quarta del Piano Aziendale di prevenzione della Corruzione. L'anzidetta sezione rappresenta un atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi dell'ASST necessari per garantire, all'interno dell'ente, l'individuazione/l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione di dati.

FONTI DI RIFERIMENTO

Il presente Programma è redatto in ossequio ai criteri stabiliti nelle seguenti fonti: D.Lgs. 150/2009 – definisce la trasparenza come “accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità. Essa costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione”.

Linee guida per i siti web della PA del 26 luglio 2010, e successivi aggiornamenti, che prevedono che i siti web della PA debbano rispettare il principio della trasparenza tramite l'“accessibilità totale” da parte del cittadino



PL

PPG. 44

alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione dell'ente pubblico, definendo peraltro i contenuti minimi dei siti istituzionali pubblici.

Delibere n. 105/2010, n. 2/2012, n. 50/2013 della CIVIT, che contengono linee guida per la predisposizione e l'aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

D.Lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Delibera n. 74/2013 della CIVIT "Regolamento sugli obblighi di pubblicità e di trasparenza della CIVIT – Autorità Nazionale Anticorruzione, in attuazione dell'articolo 11 del D.Lgs. n. 33/2013".

Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione".

D.Lgs n. 97/2016 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza – correttivo della legge 6 novembre 2012 n. 190 e del D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.

Determinazione ANAC n. 1309 del 28.12.2016 "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'articolo 5, comma 2 del D.Lgs. n. 33/2013.

Determinazione ANAC n. 1310 del 28.12.2016 "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.



LA SEZIONE “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE” DELLA ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO

Nel corso degli anni 2016-2017 l'Azienda ha provveduto ad attivare e successivamente ad implementare un unico sito web istituzionale, identificato con il seguente indirizzo: www.asst-fbf-sacco.it.

La sezione “Amministrazione Trasparente”, accessibile dalla Home Page del sito, comprende le seguenti sotto-sezioni:

- ⇒ Disposizioni Generali
- ⇒ Organizzazione
- ⇒ Consulenti e collaboratori
- ⇒ Personale
- ⇒ Bandi di concorso
- ⇒ Performance
- ⇒ Enti controllati (non applicabile alla ASST)
- ⇒ Attività e procedimenti
- ⇒ Provvedimenti
- ⇒ Controlli sulle imprese (non applicabile alla ASST)
- ⇒ Bandi di gara e contratti
- ⇒ Sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici
- ⇒ Bilanci
- ⇒ Beni immobili e gestione del patrimonio
- ⇒ Controlli e rilievi sulla amministrazione
- ⇒ Servizi erogati
- ⇒ Pagamenti dell'amministrazione
- ⇒ Opere pubbliche
- ⇒ Pianificazione e governo del territorio (non applicabile alla ASST)
- ⇒ Informazioni ambientali (non applicabile alla ASST)
- ⇒ Strutture sanitarie private accreditate (non applicabile alla ASST)
- ⇒ Interventi straordinari e di emergenza (non applicabile alla ASST)
- ⇒ Altri contenuti – corruzione



⇒ Altri contenuti – accesso civico

⇒ Dati ulteriori (da implementare alla luce di iniziative che l'ASST intenderà intraprendere in tema di sviluppo della cultura della trasparenza amministrativa)

INDICAZIONI OPERATIVE PER LA CORRETTA PUBBLICAZIONE DEI DATI/DEI DOCUMENTI DA PARTE DEI RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE

- 1) Esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione: come precisato da ANAC, l'utilizzo, ove possibile, delle tabelle per l'esposizione sintetica dei dati, documenti e informazioni aumenta il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei dati, assicurando agli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente" la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili;
- 2) Indicazione della data di aggiornamento del dato, documento e informazione. A tale proposito ANAC ribadisce la necessità, quale regola generale, di esporre, in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione Trasparente" la data di aggiornamento, distinguendo quella di iniziale pubblicazione da quella del successivo aggiornamento;
- 3) Per quanto concerne la qualità della pubblicazione dei dati si rinvia alle indicazioni fornite nella delibera ANAC 50/2013 con particolare riferimento ai requisiti di completezza, formato e dati di tipo aperto.

I responsabili della pubblicazione dei dati sono tenuti a dare riscontro al RPCT della avvenuta presa visione delle indicazioni fornite da ANAC, con la determinazione ANAC n. 1310 del 28.12.2016 "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".

Il RPCT curerà personalmente la trasmissione del predetto documento, unitamente all'allegata tabella riassuntiva degli obblighi di pubblicazione, a



ciascun responsabile della pubblicazione, per gli adempimenti di propria competenza.

SOGGETTI COINVOLTI NELLA ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'

Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità	Adempimenti	Soggetti responsabili
Elaborazione/implementazione della sezione "Amministrazione Trasparente", quale parte integrante del Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Promozione del processo di attuazione e sviluppo della sezione "Amministrazione Trasparente"	Direzione strategica Responsabile della prevenzione della corruzione
	Aggiornamento della Sezione nei tempi previsti dalla normativa	Responsabili della pubblicazione dei dati Ufficio Comunicazione
Attuazione del Programma	Realizzazione degli obblighi e delle iniziative contenute nel Programma	Referenti per la trasparenza e l'integrità Ufficio Comunicazione Responsabile per la prevenzione della corruzione
Monitoraggio della attuazione	Attività di	Responsabile della



del Programma	monitoraggio periodico sulla completezza e comprensibilità dei dati pubblicati	prevenzione della corruzione
	Attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza e integrità, in ottemperanza alla normativa e alle indicazioni fornite da ANAC	Nucleo di Valutazione della Prestazioni

LA MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Si individuano di seguito i soggetti responsabili della trasparenza, tenuti, ciascuno per la propria competenza ad assolvere agli obblighi di pubblicazione nella Sezione "Amministrazione Trasparente" dei dati obbligatoriamente indicati dalla normativa e a dare attuazione al Programma per la Trasparenza e l'Integrità.

- il Direttore della S.C. organizzazione e Risorse Umane;
- il Direttore della S.C. Provveditorato e Economato
- il Direttore della S.C. Tecnico-Patrimoniale
- il Direttore della S.C. Economico-Finanziaria
- il Direttore della S.C. Qualità, Rischio Clinico Accreditamento PIMO e Internal Auditing
- il Direttore della S.C. Sistema Informativo e Supporto organizzativo
- il Direttore della S.C. Accoglienza e URP
- Il Direttore S.C. SITRA
- Il Direttore S.C. Farmacia ospedaliera



- Il Responsabile S.S. Ingegneria Clinica
- Il Responsabile S.S. Pianificazione, Controllo di gestione e flussi
- Il Responsabile S.S. Servizio di Prevenzione e Protezione
- Il Responsabile S.S. Libera Professione, Marketing e convenzioni
- Il Direttore medico del Presidio Ospedaliero "Luigi Sacco"
- Il Direttore Medico del Presidio Ospedaliero "Vittore Buzzi"
- Il Direttore medico del Presidio "Fatebenefratelli e Oftalmico"

Ciascun Responsabile per la trasparenza ha la facoltà di individuare un proprio referente/più referenti interno/interni per la predisposizione dei dati e delle informazioni oggetto di pubblicazione. In tal caso il nominativo dei referenti deve essere formalmente trasmesso al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione.

Se non intervengono diverse disposizioni da parte della Direzione Strategica, il Responsabile dell'Ufficio Comunicazione è responsabile della pubblicazione dei contenuti nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Il dettaglio degli obblighi di pubblicazione è contenuto nella tabella allegata alla delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016, aggiornata sulla base delle modifiche introdotte dal D.Lgs. 97/2016 al D.Lgs. 33/2016.

L'ACCESSO CIVICO

L'articolo 5, comma 2, del D.Lgs. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. 97/2016, introduce una nuova tipologia di accesso, il c.d. accesso generalizzato, ai sensi del quale *"chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis"*. Si tratta, in estrema sintesi, in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche

amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

La nuova tipologia di accesso si aggiunge all'accesso civico, già disciplinato dal comma 1 dell'articolo citato, e all'accesso agli atti, regolamentato dalla legge n. 241/1990.

Nel corso del 2017 è stata stilata una apposita procedura in tema di accesso (al momento in corso di condivisione con le Unità Operative e le Direzioni Aziendali, prodromica alla sua formale adozione) sulla scorta delle indicazioni fornite da ANAC nelle linee guida adottate con delibera n. 1309 del 28.12.2016.

SVILUPPO DI UNA SEZIONE DEL SITO WEB ISTITUZIONALE DEDICATA AL TEMA DELLA TUTELA DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

In collaborazione con le funzioni aziendali investite, ciascuna per la propria competenza, degli adempimenti in materia di tutela dei dati personali e sensibili e altresì in collaborazione con l'Ufficio Comunicazione Aziendale, il PRCT promuoverà, a beneficio dei cittadini, la pubblicazione delle informative necessarie/utili, nonché della modulistica in uso presso la ASST pertinenti la realizzazione degli adempimenti previsti dal legislatore in materia di privacy.

