

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Ovest Milanese

**PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA**

2020-2022

Aggiornamento anno 2020

(Ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190 s.m.i.)



Indice

PARTE I	<i>Il contesto normativo di riferimento e l'organizzazione aziendale</i>
Articolo 1	Riferimenti normativi
Articolo 2	Analisi del contesto
Articolo 3	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPCT)
Articolo 4	Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza
PARTE II	<i>Processo di gestione dei rischi</i>
Articolo 5	Premessa
Articolo 6	Attori coinvolti
Articolo 7	Mappatura dei processi
Articolo 8	Analisi del rischio
Articolo 9	Trattamento del rischio
Articolo 10	Monitoraggio e riesame
PARTE III	<i>Misure di prevenzione</i>
Articolo 11	Doveri di comportamento
Articolo 12	Rotazione
Articolo 13	Conflitto d'interesse
Articolo 14	Performance
Articolo 15	Relazione annuale
PARTE IV	<i>Trasparenza e obblighi di informazione</i>
Articolo 14	Premessa e contenuti
Articolo 15	Caratteristiche delle informazioni
Articolo 16	Responsabilità e misure organizzative



Articolo 17	Violazioni degli obblighi di trasparenza
Articolo 18	Accesso civico e Accesso generalizzato
Articolo 19	Trasparenza e nuova disciplina della privacy



PARTE I

IL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO E L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Articolo 1

Riferimenti normativi

La legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” si inquadra nel solco della normativa internazionale in tema di lotta alla corruzione che ha visto il progressivo imporsi della scelta di prevenzione accanto allo strumento della repressione della corruzione. A fronte della pervasività del fenomeno si è, infatti, ritenuto di incoraggiare strategie di contrasto che anticipino la commissione delle condotte corruttive.

Gli accordi internazionali, e in particolare la Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione (UNCAC), adottata a Merida dall’Assemblea Generale il 31 ottobre 2003 e ratificata dallo Stato italiano con la legge 3 agosto 2009, n. 116, delineano chiaramente un orientamento volto a rafforzare le prassi a presidio dell’integrità del pubblico funzionario e dell’agire amministrativo, secondo un approccio che attribuisce rilievo non solo alle conseguenze delle fattispecie penalistiche ma anche all’adozione di misure dirette a evitare il manifestarsi di comportamenti corruttivi.

In questo contesto, il sistema di prevenzione della corruzione e di promozione dell’integrità in tutti i processi e le attività pubbliche, a ogni livello di governo, sulla base dell’analisi del rischio corruttivo nei diversi settori e ambiti di competenza, si configura come necessaria integrazione del regime sanzionatorio stabilito dal codice penale per i reati di corruzione, nell’ottica di garantire il corretto utilizzo delle risorse pubbliche, di rendere trasparenti le procedure e imparziali le decisioni delle amministrazioni.

Sia per la Convenzione ONU che per altre Convenzioni internazionali predisposte da organizzazioni internazionali, (es. OCSE e Consiglio d’Europa) firmate e ratificate dall’Italia, la corruzione consiste in comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all’adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d’ufficio, cioè dalla cura imparziale dell’interesse pubblico affidatogli.

Questa definizione, che è tipica del contrasto penalistico ai fenomeni corruttivi, volto ad evitare comportamenti soggettivi di funzionari pubblici (intesi in senso molto ampio, fino a ricomprendere nella disciplina di contrasto anche la persona incaricata di pubblico servizio), delimita il fenomeno corruttivo in senso proprio. Le Convenzioni internazionali citate promuovono, presso gli Stati che le firmano e ratificano, l’adozione, accanto a misure di rafforzamento della efficacia della repressione penale della corruzione, di misure di carattere preventivo, individuate secondo il metodo della determinazione, in rapporto ai contenuti e ai procedimenti di



ciascuna delle decisioni pubbliche più rilevanti assunte, del rischio del verificarsi dei fenomeni corruttivi, così come prima definiti.

Per essere efficace, la prevenzione della corruzione, deve consistere in misure di ampio spettro, che riducano, all'interno delle amministrazioni, il rischio che i pubblici funzionari adottino atti di natura corruttiva (in senso proprio). Esse, pertanto, si sostanziano tanto in misure di carattere organizzativo, oggettivo, quanto in misure di carattere comportamentale, soggettivo.

Le misure di tipo oggettivo sono volte a prevenire il rischio incidendo sull'organizzazione e sul funzionamento delle pubbliche amministrazioni. Tali misure preventive (tra cui, rotazione del personale, controlli, trasparenza, formazione) prescindono da considerazioni soggettive, quali la propensione dei funzionari (intesi in senso ampio come dipendenti pubblici e dipendenti a questi assimilabili) a compiere atti di natura corruttiva e si preoccupano di preconstituire condizioni organizzative e di lavoro che rendano difficili comportamenti corruttivi.

Le misure di carattere soggettivo concorrono alla prevenzione della corruzione proponendosi di evitare una più vasta serie di comportamenti devianti, quali il compimento dei reati di cui al Capo I del Titolo II del libro secondo del codice penale ("reati contro la pubblica amministrazione") diversi da quelli aventi natura corruttiva, il compimento di altri reati di rilevante allarme sociale, l'adozione di comportamenti contrari a quelli propri di un funzionario pubblico previsti da norme amministrativo-disciplinari anziché penali, fino all'assunzione di decisioni di cattiva amministrazione, cioè di decisioni contrarie all'interesse pubblico perseguito dall'amministrazione, in primo luogo sotto il profilo dell'imparzialità, ma anche sotto il profilo del buon andamento (funzionalità ed economicità).

Con la l. 190/2012, è stata delineata una nozione ampia di "*prevenzione della corruzione*", che comprende una vasta serie di misure con cui si creano le condizioni per rendere sempre più difficile l'adozione di comportamenti di corruzione nelle amministrazioni pubbliche e nei soggetti, anche privati, considerati dalla l. 190/2012.

Con la l. 190/2012 non si modifica il contenuto tipico della nozione di corruzione, ma per la prima volta in modo organico si introducono e, laddove già esistenti, si mettono a sistema misure che incidono laddove si configurano condotte, situazioni, condizioni, organizzative ed individuali - riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione - che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio.

L'art. 1, co. 36, della l. 190/2012, laddove definisce i criteri di delega per il riordino della disciplina della trasparenza, si riferisce esplicitamente al fatto che gli obblighi di pubblicazione integrano livelli essenziali delle prestazioni che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad erogare anche a fini di prevenzione e contrasto della "*cattiva amministrazione*" e non solo ai fini di trasparenza e prevenzione e contrasto della corruzione.



A seguito delle modifiche apportate dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, alla l. 190/2012 e al d.lgs. 33 del 2013, è stata introdotta una correlazione incisiva tra l'ambito di applicazione della disciplina in materia di prevenzione della corruzione e quella della trasparenza.

Il collegamento tra le disposizioni della l. 190/2012 e l'innalzamento del livello di qualità dell'azione amministrativa, e quindi al contrasto di fenomeni di inefficiente e cattiva amministrazione, è evidenziato anche dai più recenti interventi del legislatore sulla l. 190/2012.

In particolare nell'art. 1, co 8-*bis* della legge suddetta, in cui è stato fatto un esplicito riferimento alla verifica da parte dell'organismo indipendente di valutazione alla coerenza fra gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico gestionale e i piani triennali per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Articolo 2

Analisi del contesto

Contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione. Entrambi questi aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza.

Con riferimento all'analisi del contesto riferito al quadro normativo riguardante la riorganizzazione delle Aziende Sanitarie in Regione Lombardia e la nascita dell'ASST Ovest Milanese, la legge regionale 11 agosto 2015 n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33" ha disciplinato l'istituzione degli enti sanitari lombardi, definendone le funzioni ed i relativi ambiti territoriali.

Le ASST come dispone l'art. 7 della L.R. 23/2015, sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica e concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione, con risorse proprie, nella logica di presa in carico della persona.

L'Azienda Sociosanitaria Territoriale Ovest Milanese (ASST) - con sede legale in Legnano, Via Giovanni Paolo II - 20025 Legnano - è stata costituita a partire dal 01/01/2016, con D.G.R. n. X/4476 del 10/12/2015.

Le ASST si articolano in due settori aziendali rispettivamente definiti polo ospedaliero e rete territoriale che afferiscono direttamente alla direzione generale.

L'ASST Ovest Milanese (di seguito denominata Azienda) eroga i servizi sanitari e sociosanitari attraverso



un'articolata rete di Presidi Ospedalieri, strutture ambulatoriali, semiresidenziali e distrettuali, destinati a rispondere in prima istanza ai fabbisogni del territorio afferente agli ambiti distrettuali dell'ex ASL Milano 1 di: Legnano, Magenta, Castano Primo ed Abbiategrasso.

Gli Ospedali dell'Azienda hanno acquisito nel corso degli anni un ruolo di specializzazione della propria attività al fine di rispondere alle moderne indicazioni di organizzazione sanitaria, che prevede di integrare l'organizzazione di attività affini, diversificando l'indirizzo delle strutture sanitarie per intensità di cura.

L'Azienda è dotata di:

- ✓ 4 ospedali;
- ✓ 2 poliambulatorio territoriali;
- ✓ 8 strutture dedicate all'area salute mentale.

Polo Ospedaliero

L'Azienda conta 1.371 posti letto, di cui per degenza ordinaria 1.301 e 70 posti letto di DH/DS, ai quali si aggiungono anche 391 posti tecnici (culle, macro attività ambulatoriale, letti per dialisi, subacuti, Hospice Cuggiono e posti in comunità psichiatriche).

Denominazione strutture	Sede
OSPEDALE S.S. BENEDETTO E GERTRUDE DI CUGGIONO	CUGGIONO
OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO	LEGNANO
OSPEDALE COSTANTINO CANTÙ DI ABBIATEGRASSO	ABBIATEGRASSO
OSPEDALE G. FORNAROLI DI MAGENTA	MAGENTA

Nei poliambulatori territoriali, presenti a Parabiago e a Legnano (rimasto nell'area della vecchia sede ospedaliera), sono organizzate solo attività ambulatoriali che, per loro caratteristica, non necessitano di un elevato impegno assistenziale ma hanno elevato valore di servizio pubblico al cittadino. Le attività quantitativamente più rilevanti tra quelle svolte sono quelle di punti prelievo, odontoiatria, oftalmologia, oltre a diverse specializzazioni di area sia medica che chirurgica. Presso il poliambulatorio di Legnano, rimasto nell'area della vecchia sede ospedaliera, sono attivi un punto prelievi ed alcuni ambulatori specialistici.

Nell'ambito della Salute Mentale, l'Azienda è dotata di strutture territoriali, semiresidenziali e residenziali che ospitano le numerose e capillari attività di assistenza, supporto e recupero alla quale è dedicata una forte attenzione, essendo dotata di due degenze di psichiatria negli ospedali di Legnano e Magenta, e di una fitta rete residenziale, diurna ed ambulatoriale, che consente un soddisfacente legame dei servizi con il territorio.



Rete Territoriale

La rete territoriale della ASST Ovest Milanese, secondo quanto disposto dalla L.R. 33/2009 e s.m.i. art. 7, comma 12, eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, le cure intermedie e garantisce le funzioni e prestazioni medico-legali.

La rete territoriale eroga, altresì, le prestazioni distrettuali fornite alle persone e che erano erogate dalla ex ASL Milano 1, ad eccezione di quelle ad oggi espressamente attribuite alla ATS (Agenzia di Tutela della Salute).

Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari, eventualmente delegate dalla ATS o dalle autonomie locali, in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse con modalità di presa in carico in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità.

Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS)

Il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), redatto in base alle linee guida regionali di cui alla DGR n. 5513 del 2 agosto 2016, è stato approvato da Regione Lombardia con DGR n. 6549 del 4 maggio 2017 ad oggetto “Determinazioni in ordine al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Ovest Milanese ai sensi e per gli effetti dell’art. 17, c. 4 della Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009, come modificata con Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015 e s.m.i.”.

Gli organigrammi, i funzionigrammi e la descrizione dell’assetto organizzativo in vigore sono consultabili alla sezione “Amministrazione trasparente” al seguente link.: www.asst-ovestmi.it/home/AmministrazioneTrasparente Organizzazione – Organigramma.

Nel corso dell’anno 2020 l’Azienda, nel rispetto delle emanande Linee guida regionali per l’adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici (POAS), procederà alla definizione di una nuova proposta di Piano di Organizzazione Strategico da presentare alla Direzione Generale Welfare per il successivo iter approvativo.

Dati di attività

Molti dei dati da utilizzare per l’analisi del contesto sono contenuti anche in altri strumenti di programmazione (v. Piano delle performance) o in documenti che l’amministrazione già predispone ad altri fini (v. conto annuale, documento unico di programmazione degli enti locali). È utile mettere a sistema tutti i dati già disponibili, eventualmente anche creando banche dati digitali, comuni ed interoperabili, da cui estrapolare informazioni funzionali ai fini delle analisi in oggetto, e valorizzare elementi di conoscenza e sinergie interne proprio nella logica della coerente integrazione fra strumenti e della sostenibilità organizzativa.

Il Piano delle Performance e la Relazione sono consultabili nel sito web aziendale, alla sezione “Amministrazione trasparente”.



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'amministrazione 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'idoneità delle misure di prevenzione.

Si tratta di una fase preliminare indispensabile, se opportunamente realizzata, in quanto consente a ciascuna amministrazione di definire la propria strategia di prevenzione del rischio corruttivo anche, e non solo, tenendo conto delle caratteristiche del territorio e dell'ambiente in cui opera. In particolare, l'analisi del contesto esterno consiste nell'individuazione e descrizione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio o del settore specifico di intervento, nonché delle relazioni esistenti con gli stakeholder e di come queste ultime possano influire sull'attività dell'amministrazione, favorendo eventualmente il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno.

Comprendere le dinamiche territoriali di riferimento e le principali influenze e pressioni a cui una struttura è sottoposta consente di indirizzare con maggiore efficacia e precisione la strategia di gestione del rischio.

Da un punto di vista geografico ed economico questa ASST si colloca nell'ambito del territorio della Città Metropolitana di Milano e comprende gli ambiti degli ex distretti appartenenti alla ex ASL Milano 1:

- **Legnano** (copre un'area di circa 96.11 Km²) e comprende 11 Comuni: Busto Garolfo, Canegrate, Cerro Maggiore, Dairago, Legnano, Nerviano, Parabiago, Rescaldina, S. Giorgio su Legnano, S. Vittore Olona, Villa Cortese, con una popolazione residente al 1° gennaio 2018 di 188.681 abitanti.
- **Castano Primo** (copre un'area di circa 119 Km²) e comprende 11 Comuni: Arconate, Bernate Ticino, Buscate, Castano Primo, Cuggiono, Inveruno, Magnano, Nosate, Robecchetto con Induno, Turbigo, Vanzaghelo, con una popolazione residente al 1° gennaio 2018 di 69.342 abitanti.
- **Magenta** (copre un'area di circa 137 Km²) comprende 13 Comuni: Arluno, Bareggio, Boffalora sopra Ticino, Casorezzo, Corbetta, Magenta, Marcallo con Casone, Mesero, Ossona, Robecco sul Naviglio, S. Stefano Ticino, Sedriano, Vittuone, con una popolazione residente al 1° gennaio 2018 di 128.884 abitanti.
- **Abbiategrasso**, (copre un'area di circa 207 Km²) e comprende 15 Comuni: Abbiategrasso, Albairate, Besate, Bubbiano, Calvignasco, Cisliano, Cassinetta di Lugagnano, Gaggiano, Gudo Visconti, Morimondo, Motta Visconti, Ozzero, Rosate, Vermezzo, Zelo Surrigone, con una popolazione residente al 1 gennaio 2018 di 82.796 abitanti.

Questa zona, che riveste particolare rilevanza nel panorama economico nazionale, rappresentando un polo strategico a livello industriale ed imprenditoriale raffigura, anche per i facili collegamenti vari ed aeroportuali



con l'estero, un invitante approdo sia per le attività illecite che per quelle apparentemente lecite, da parte di ogni tipo di organizzazione criminale

Nel milanese, infatti, sono insediate da tempo storiche componenti della criminalità mafiosa tradizionale (soprattutto di matrice calabrese, ma anche siciliana, campana e pugliese) legate alle rispettive regioni di appartenenza, che hanno dimostrato di saper sfruttare le opportunità offerte dal territorio, riuscendo ad inserirsi in diversi settori quali, l'edilizia e movimento terra, i servizi logistici ed i trasporti, il settore immobiliare e finanziario, quello commerciale, della ristorazione, quello turistico, quello delle cooperative, dell'intrattenimento in locali notturni, degli impianti sportivi, dei videogiochi e delle sale giochi, provvedendo ad alterare la libertà di concorrenza.

Si rimanda, per un'analisi più in generale del contesto lombardo e in particolare del territorio della Città Metropolitana di Milano, alla Relazione sullo stato dell'ordine e sulla sicurezza pubblica anno 2016 (da pag. 316), presentata al Parlamento dal Ministro dell'interno in data 15 gennaio 2018 e pubblicata sul sito della Camera dei Deputati.

Articolo 3

Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT)

Il sistema di prevenzione della corruzione introdotto nel nostro ordinamento dalla l. 190/2012 si realizza attraverso un'azione coordinata tra un livello nazionale ed uno "decentrato".

La strategia, a livello nazionale, si realizza mediante il PNA adottato da ANAC, detto Piano costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni, ai fini dell'adozione dei propri PTPCT.

A livello decentrato, invece, ogni amministrazione o ente definisce un PTPCT predisposto ogni anno entro il 31 gennaio.

Il PTPCT individua il grado di esposizione delle amministrazioni al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi (cioè le misure) volti a prevenire il medesimo rischio (art. 1, co. 5, l. 190/2012).

Finalità del PTPCT è quella di identificare le misure organizzative volte a contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali.

A tal riguardo spetta alle amministrazioni valutare e gestire il rischio corruttivo, secondo una metodologia che comprende l'analisi del contesto (interno ed esterno), la valutazione del rischio (identificazione, analisi e ponderazione del rischio) e il trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione).

L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Ovest Milanese è tenuta ai sensi della l. 190/2012, ad adottare il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.



Il PTPCT è adottato annualmente dall'organo di indirizzo su proposta del RPCT, sebbene il Piano abbia durata triennale, deve comunque essere adottato ogni anno entro il 31 gennaio, in virtù di quanto previsto dall'art. 1, co. 8, della l. 190/2012, come in più occasioni precisato dall'Autorità.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza è un documento programmatico, che definisce la strategia di prevenzione dalla corruzione adottata, prevede l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione individuati e indica gli interventi organizzativi predisposti dall'Azienda per la loro prevenzione e risoluzione. In ossequio a quanto previsto dal disposto normativo, la strategia adottata dall'ASST è finalizzata a prevenire e definire procedure di contrasto alla corruzione e a reprimere l'insorgenza delle condizioni che consentono la commissione di condotte anti corruttive.

Nella stesura del Piano si è tenuto conto delle linee guida contenute nel PNA, di tutte le prescrizioni poste a tutela della Pubblica Amministrazione, derivanti da norme primarie e secondarie, da provvedimenti collegati e da disposizioni organizzative interne, idonee a garantire tutela da prescrizioni penalmente rilevanti.

Gli obiettivi previsti dal Piano sono:

- Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione/illegalità;
- Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione/illegalità;
- Creare un contesto sfavorevole alla corruzione ed all'illegalità.

Il Piano tiene conto dei principali provvedimenti emessi in materia sanitaria da Regione Lombardia e, in particolare, della Deliberazione di Giunta Regionale n. XI / 2672 del 16 dicembre 2019, avente ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2020".

Non meno importante, infine, è il necessario coordinamento tra il presente Piano e gli altri strumenti di controllo e di verifica già operativi presso questa Azienda: in particolare, il "Piano integrato di miglioramento dell'organizzazione" (Pr.I.M.O.), promosso da Regione Lombardia sin dal 2012, il "Percorso attuativo della certificabilità dei bilanci" (cosiddetto P.A.C.), il "Piano delle Performance" aziendale e, da ultimo, il "Piano Annuale di Internal Auditing".

Il Piano si caratterizza come uno strumento per l'individuazione di misure concrete finalizzate alla prevenzione degli eventi corruttivi, intendendo la nozione di "corruzione" in senso ampio, quale condotta lesiva dei principi di legalità, buon andamento, efficienza ed efficacia indipendentemente dalla sanzione applicata alla violazione, sia essa di natura penale, sia essa civile o amministrativa e disciplinare. L'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione avviene preliminarmente attraverso la mappatura dei processi aziendali.

Con l'obiettivo di semplificare le attività delle amministrazioni nel dare attuazione alla normativa di prevenzione della corruzione, il d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97, novellando l'art. 10 del d.lgs. 33/2013, ha unificato



in un solo strumento, il PTPCT, il Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale della trasparenza e dell'integrità.

Le amministrazioni e gli altri soggetti obbligati adottano pertanto un unico PTPCT in cui sia chiaramente identificata anche la sezione relativa alla trasparenza.

Il PTPCT costituisce un atto organizzativo fondamentale in cui è definita la strategia di prevenzione all'interno di ciascuna amministrazione.

La l. 190/2012 precisa che l'attività di elaborazione del Piano, nonché delle misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle adottate ai sensi del d.lgs. 231/2001, non può essere affidata a soggetti estranei all'amministrazione (art. 1, co. 8), ma spetta al RPCT. Le modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016 (art. 41, co. 1, lett. g) hanno confermato tale disposizione.

Lo scopo della norma è quello di considerare la predisposizione del PTPCT un'attività da svolgere necessariamente da parte di chi opera esclusivamente all'interno dell'amministrazione o dell'ente interessato, sia perché presuppone una profonda conoscenza della struttura organizzativa, di come si configurano i processi decisionali (siano o meno procedimenti amministrativi) e della possibilità di conoscere quali profili di rischio siano coinvolti; sia perché è finalizzato all'individuazione delle misure di prevenzione che più si attagliano alla fisionomia dell'ente e dei singoli uffici e al loro migliore funzionamento.

Una partecipazione attiva e il coinvolgimento di tutti i dirigenti e di coloro che a vario titolo sono responsabili dell'attività delle pubbliche amministrazioni e degli enti rende consapevoli del rilievo che possono avere le misure di prevenzione e contribuisce a creare in tal modo un tessuto culturale favorevole e consapevole alla prevenzione della corruzione.

I destinatari del Piano sono coloro che prestano a qualunque titolo servizio presso l'Amministrazione (art.1, co. 2-bis, l. 190/2012). La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione previste nel PTPCT è fonte di responsabilità disciplinare (l. 190/2012, art. 1, co. 14). Tale previsione è confermata all'art. 1, co. 44 della l. 190/2012 secondo cui la violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del PTPCT, è fonte di responsabilità disciplinare.

Ai fini della predisposizione del PTPCT si raccomanda alle amministrazioni di realizzare forme di consultazione, da strutturare e pubblicizzare adeguatamente, volte a sollecitare la società civile e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi a formulare proposte da valutare in sede di elaborazione del PTPCT, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento. A tal proposito l'ASST ha provveduto a consultazione mediante la raccolta dei contributi via *web* sul proprio sito aziendale.

Il Piano deve avere la massima pubblicità e pertanto, deve essere pubblicato non oltre un mese dall'adozione, sul sito istituzionale dell'amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente/Altri contenuti Corruzione". In virtù della previsione secondo cui i PTPCT devono essere trasmessi ad ANAC (art. 1, co. 8, l.



190/2012), l'Autorità ha sviluppato una piattaforma, online sul sito istituzionale di ANAC dal 1 luglio 2019, per la rilevazione delle informazioni sulla predisposizione dei PTPCT e sulla loro attuazione.

Articolo 4

Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), è stata introdotta dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, quale punto di riferimento fondamentale interno ad ogni amministrazione per l'attuazione della citata normativa. Il ruolo di tale soggetto è stato poi rafforzato dal d.lgs. 97/2016 che ha attribuito allo stesso anche la funzione di Responsabile della trasparenza.

L'Azienda con provvedimento del Direttore Generale n.4 del 10/01/2020 ha disposto il rinnovo dell'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza per il triennio 2020/2022 al dirigente amministrativo dr.ssa Marta Guffanti.

Per quanto riguarda la disciplina sul RPCT, l'Autorità ha avuto modo di operare una ricognizione delle norme rilevanti nella delibera n. 840 del 2 ottobre 2018, cui si rinvia, recante «Parere sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)». In tale occasione sono stati esaminati attribuzioni e poteri del RPCT, nonché profili relativi al coordinamento tra le attività del RPCT e quelle delle altre strutture dell'amministrazione/ente. Nell'Allegato n. 3 al PNA «Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) delle disposizioni normative che riguardano il RPCT» è fornito un quadro giuridico delle principali norme relative al RPCT.

Spetta al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza proporre alla Direzione Generale aziendale l'adozione, entro il 31 gennaio di ogni anno, del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPC).

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza provvede alla diffusione del Piano ed alla verifica dell'efficace attuazione dello stesso. A tal fine, nella tabella di analisi del rischio sopracitata, sono riportate le attività di controllo che il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza dovrà implementare, sulla base di un "Piano dei controlli" che dovrà attuare, e che si sostanzia sia in verifiche documentali, sia nell'effettuazione di audit. Al fine di realizzare una fattiva azione sinergica di prevenzione, il Responsabile della prevenzione della corruzione potrà avvalersi della collaborazione di Referenti, che saranno individuati da ciascun Dirigente responsabile delle aree a rischio, con il compito di fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione informazioni e collaborazione nel monitoraggio dell'attuazione del Piano.



Spetta inoltre, al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza proporre ogni dovuta modifica ed aggiornamento del Piano sia quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, sia quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza ha anche un ruolo propulsivo sulla formazione del personale in ordine alla diffusione della conoscenza della l. 190/2012 e degli strumenti individuati dalla vigente normativa ai fini di prevenzione della corruzione; inoltre, raccoglie i dati sulla formazione specialistica e di settore rivolta agli operatori delle aree a rischio, così come progettata e contenuta all'interno del Piano di formazione aziendale annuale.

PARTE II

PROCESSO DI GESTIONE DEI RISCHI

Articolo 5

Premessa

Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, accrescendo la conoscenza dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali (la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema).

Sviluppandosi in maniera "ciclica", in ogni sua ripartenza il ciclo deve tener conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza accumulata e adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.



Articolo 6

Attori coinvolti

La vigente disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) 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 in nessun caso essere interpretato dagli altri attori organizzativi come un pretesto per deresponsabilizzarsi 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.

Di seguito, si espongono sinteticamente i compiti dei principali ulteriori soggetti coinvolti nel sistema di gestione del rischio corruttivo, concentrandosi esclusivamente sugli aspetti essenziali a garantire una piena effettività dello stesso.

L'organo di indirizzo deve:

- valorizzare, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- tenere conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e adoperarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
- creare le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia del RPCT nello svolgimento della sua attività senza pressioni che possono condizionarne le valutazioni;
- assicurare al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuovere una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative devono:

- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;



- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale (ad esempio, contribuendo con proposte di misure specifiche che tengano conto dei principi guida indicati nel PNA 2019 e, in particolare, dei principi di selettività, effettività, prevalenza della sostanza sulla forma);
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

Gli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) e le strutture con funzioni analoghe, devono:

- offrire, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornire, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo.

È opportuno che i dipendenti partecipino attivamente al processo di gestione del rischio e, in particolare, alla attuazione delle misure di prevenzione programmate nel PTPCT.

Tutti i soggetti che dispongono di dati utili e rilevanti (es. uffici legali interni, uffici di statistica, uffici di controllo interno, ecc.) hanno l'obbligo di fornirli tempestivamente al RPCT ai fini della corretta attuazione del processo di gestione del rischio.

Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) concorre alla prevenzione della corruzione mediante l'esercizio dell'azione disciplinare nei casi di violazione del Codice di comportamento aziendale.

Articolo 7

Mappatura dei processi

La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi. In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi. L'effettivo svolgimento della mappatura deve risultare, in forma chiara e comprensibile, nel PTPCT.



L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi

Una mappatura dei processi adeguata consente all'organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo. È, inoltre, indispensabile che la mappatura del rischio sia integrata con i sistemi di gestione spesso già presenti nelle organizzazioni (controllo di gestione, sistema di auditing e sistemi di gestione per la qualità, sistemi di performance management), secondo il principio guida della "integrazione", in modo da generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale.

La mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione.

Per la mappatura è fondamentale il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali. Il RPCT, che coordina la mappatura dei processi dell'intera amministrazione, deve poter disporre delle risorse necessarie e della collaborazione dell'intera struttura organizzativa. In particolare i dirigenti, ai sensi dell'art. 16 co. 1-bis, del d.lgs. 165/2001, lettera l-ter), 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 e tutti i dipendenti, ai sensi dell'art. 8 del D. P.R. 62/2013, prestano collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione. La mancata collaborazione può altresì essere considerata dal RPCT in fase di valutazione del rischio, in quanto eventuali resistenze a fornire il supporto richiesto potrebbe nascondere situazioni di criticità.

L'ASST Ovest Milanese ha adottato un criterio di mappatura delle aree maggiormente a rischio, ossia quelle che vengono ritenute di significativo impatto sul rischio di commissione di reati, prendendo a riferimento sia la Legge 06 novembre 2012, n. 190 che le indicazioni di cui al PNA, approfondendo le aree di **rischio generale**:

- **Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario:** corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati.



- **Contratti pubblici:** programmazione acquisti e gare (analisi e definizione dei fabbisogni); selezione del contraente (definizione oggetto dell'affidamento, definizione documenti di gara, definizione elementi di valutazione, nomina commissione valutatrice e valutazione offerte tecniche); verifica aggiudicazione e stipula del contratto (verifica eventuale anomalia dell'offerta, verifica eventuale subappalto, rispetto tempi di stipula contrattuale, verifica requisiti generali e speciali del fornitore); esecuzione e rendicontazione del contratto.
- **Acquisizione e gestione del personale:** procedure di selezione del personale.
- **Incarichi e nomine:** reclutamento, progressione di carriera, posizione organizzativa funzioni di coordinamento, direttore di dipartimento, incarichi di dirigenza di struttura complessa, incarichi di dirigenza di struttura semplice, incarichi di dirigenza di natura professionale, incarichi di dirigenza di alta specializzazione.
- **Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio:** protocollazione fatture, liquidazione, pagamenti, storni di pagamenti.
- **Affari legali e contenzioso:** stipula e gestione convenzioni attive e passive

A queste aree sono state aggiunte alcune aree **di rischio specifiche**, che troveranno nel corso del 2019 ulteriore implementazione a seguito dell'acquisizione di nuove competenze a livello territoriale conseguenti all'attuazione del POAS.

Allo stato attuale, le aree e i relativi processi che si è ritenuto di sottoporre a monitoraggio sono:

- **Attività libero professionale liste d'attesa:** rilascio autorizzazione e all'erogazione, inserimento del professionista nell'equipe, verifica della correttezza dei volumi di attività erogata, controlli sulla corretta erogazione (timbratura, sistema di prenotazione, ecc.); incasso della prestazione erogata ed emissione della fattura, liquidazione compenso dei professionisti.
- **Liste d'attesa – sistema di prenotazione:** gestione lista d'attesa, gestione prenotazione CUP.
- **Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie:** ricerca, sperimentazione e sponsorizzazioni: gestione informatizzata del magazzino farmaci (gestione resi ritiri farmaci dispositivi medici, monitoraggio fornitori, predisposizione flusso F e flusso R, proposta acquisto farmaci in prontuario, proposta acquisto farmaci extra prontuario, gestione smaltimento farmaci scaduti, gestione richieste UU.OO., gestione consegne UU.OO., gestione inventari, ispezioni armadi di reparto, conservazione stoccaggio farmacie dispositivi medici, gestione materiali in arrivo); informatizzazione del ciclo di terapia (dispensazione diretta dei farmaci, gestione monitoraggio AIFA farmaci alto costo); autorizzazione aziendale (gestione prontuario ospedaliero e prontuario delle dimissioni, gestione consegne intra aziendali); ricerca con promotore commerciale e autorizzazione aziendale; ricerca con DM autorizzazione aziendale, ricerca con finanziamento parere del Comitato Etico.



- **Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero:** attività necrofori e camere mortuarie.

L'identificazione degli eventi rischiosi conduce alla creazione di un **“Registro dei rischi”**, nel quale sono riportati gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione. Per ogni processo deve essere individuato almeno un evento rischioso. A seconda del livello di analiticità della mappatura dei processi si avranno strutture del Registro degli eventi rischiosi più o meno analitiche, fino a far corrispondere gli eventi rischiosi alle singole fasi/attività del processo. Nella costruzione di tale Registro è importante fare in modo che gli eventi rischiosi siano adeguatamente descritti, siano specifici del processo nel quale sono stati rilevati e non generici.

Le schede di analisi del rischio di corruzione contengono l'elencazione delle aree a rischio e i processi che ad esse afferiscono. Per ogni processo sono stati individuati i possibili eventi rischiosi, le misure per contrastare il rischio e la relativa responsabilità.

Articolo 8

Analisi del rischio

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

L'analisi è essenziale al fine di comprendere i fattori abilitanti degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro.

Definire il livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi è importante per individuare i processi e le attività del processo su cui concentrare l'attenzione sia per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio da parte del RPCT.

L'analisi del livello di esposizione deve avvenire rispettando comunque tutti i principi guida richiamati nel PNA 2019, nonché un criterio generale di “prudenza”: in tal senso, è sempre da evitare la sottostima del rischio che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.

Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio è necessario:

- ✓ scegliere l'approccio valutativo,
- ✓ individuare i criteri di valutazione,
- ✓ rilevare i dati e le informazioni,
- ✓ formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato.



In generale, l'approccio utilizzabile per stimare l'esposizione delle organizzazioni ai rischi può essere qualitativo, quantitativo o misto.

Considerata la natura dell'oggetto di valutazione (rischio di corruzione), per il quale non si dispone, ad oggi, di serie storiche particolarmente robuste per analisi di natura quantitativa, che richiederebbero competenze che in molte amministrazioni non sono presenti, e ai fini di una maggiore sostenibilità organizzativa, il PNA 2019 suggerisce di adottare un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza.

Di conseguenza, anche a seguito dei non positivi risultati riscontrati in sede di monitoraggio dei PTPCT da ANAC, l'allegato 5 del PNA 2013 non va più considerato un riferimento metodologico da seguire.

Coerentemente all'approccio qualitativo suggerito nell'allegato metodologico al PNA 2019, i criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio (*key risk indicators*) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti.

Di seguito si riportano alcuni indicatori comunemente accettati, ampliabili o modificabili a seconda delle specificità dell'amministrazione, che possono essere utilizzati nel processo valutativo:

- ✓ Livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- ✓ Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- ✓ Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- ✓ Opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale riduce il rischio;
- ✓ Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- ✓ Grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

Le valutazioni devono essere sempre supportate da dati oggettivi, salvo documentata indisponibilità degli stessi.



Articolo 9

Trattamento del rischio

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

La correttezza e l'accuratezza dell'analisi svolta incide fortemente sull'individuazione delle misure più idonee a prevenire il rischio: minore è la conoscenza del processo, più generica sarà l'individuazione degli eventi rischiosi; più superficiale è la fase di analisi e valutazione del rischio, minori saranno le informazioni utili a tarare le misure di prevenzione in funzione dei rischi individuati e delle caratteristiche dell'organizzazione.

L'individuazione e la progettazione delle misure per la prevenzione della corruzione deve essere realizzata tenendo conto di alcuni aspetti fondamentali. In primo luogo, la distinzione tra misure generali e misure specifiche. Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione 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 in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano, dunque, per l'incidenza su problemi specifici.

L'individuazione delle misure deve avvenire con il coinvolgimento della struttura organizzativa, valutando e recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (responsabili e addetti ai processi), ma anche promuovendo opportuni canali di ascolto degli *stakeholder*. Pertanto, la proposta di misure di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi.

La seconda fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di programmare adeguatamente e operativamente le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione. La programmazione delle misure rappresenta un contenuto fondamentale del PTPCT in assenza del quale il Piano risulterebbe privo dei requisiti di cui all'art. 1, co 5, lett. a) della l. 190/2012.

La programmazione delle misure consente, inoltre, di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione, principio chiave perché tale strategia

Per ciascun processo è stato definito a monte un indicatore di risultato, misurabile periodicamente, in grado di attestare l'adempimento della misura preventivata. Per tutti i processi la responsabilità è stata assegnata ad un dirigente apicale, di norma titolare di incarico di struttura organizzativa, chiaramente individuato.



Articolo 10

Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso. Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sotto-fasi:

- ✓ il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- ✓ il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

Periodicamente il Responsabile della prevenzione della corruzione, attraverso il supporto dei dirigenti coinvolti, attua il monitoraggio e propone azioni correttive ove si rilevino particolari criticità, dandone eventualmente comunicazione alla direzione aziendale.

In primo luogo, occorre ribadire che la responsabilità del monitoraggio è del RPCT. Tuttavia, il monitoraggio in capo al solo RPCT potrebbe non essere facilmente attuabile, anche in funzione della generalizzata numerosità degli elementi da monitorare. Per tale ragione, si possono prevedere sistemi di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure e il secondo livello in capo al RPCT. Il monitoraggio di primo livello, dunque, può essere attuato in autovalutazione da parte dei referenti (se previsti) o dai responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura. È opportuno tener presente che questa modalità fornisce valutazioni di qualità meno elevata rispetto alle analisi condotte direttamente dal RPCT o da altre unità indipendenti (es. *internal audit*), poiché in questo caso si tratta di (auto) valutazioni effettuate dagli stessi soggetti che hanno la responsabilità dei processi/attività oggetto del controllo. E' opportuno ricorrere all'autovalutazione soltanto nelle aree in cui il rischio di corruzione è più basso, mentre nelle aree a più alto rischio, questa modalità deve essere utilizzata in combinazione con l'azione di monitoraggio svolta dal RPCT o da organi indipendenti rispetto all'attività da verificare.



Il monitoraggio di secondo livello, dunque, dovrà essere attuato dal RPCT, coadiuvato da una struttura di supporto e/o dagli altri organi con funzioni di controllo interno, laddove presenti. Il monitoraggio del RPCT consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT da parte delle unità organizzative in cui si articola l'amministrazione.

È opportuno che l'attività di monitoraggio sia adeguatamente pianificata e documentata in un piano di monitoraggio annuale che dovrà indicare:

- ✓ i processi/attività oggetto del monitoraggio;
- ✓ le periodicità delle verifiche;
- ✓ le modalità di svolgimento della verifica.

Per quanto riguarda i processi/attività oggetto del monitoraggio, il RPCT dovrà tener conto delle risultanze dell'attività di valutazione del rischio per individuare i processi/attività maggiormente a rischio sui quali concentrare l'azione di monitoraggio. Nel pianificare le verifiche si dovrà tener conto anche dell'esigenza di includere nel monitoraggio i processi/attività non verificati negli anni precedenti. Le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio del RPCT poiché alle attività pianificate si aggiungono quelle non pianificate che dovranno essere attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d'anno tramite il canale del *Whistleblowing* o con altre modalità.

PARTE III

MISURE DI PREVENZIONE

Articolo 11

Doveri di comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono nella strategia delineata dalla l. 190/2012 (nuovo art. 54 del d.lgs. 165/2001) un ruolo importante, costituendo lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con i piani anticorruzione e con le carte dei servizi.

Le singole amministrazioni sono tenute a dotarsi, ai sensi dell'art. 54, co. 5, del d.lgs. 165/2001, di propri codici di comportamento, definiti con «procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV». Detti codici rivisitano, in rapporto alla condizione dell'amministrazione interessata, i doveri del codice nazionale al fine di integrarli e specificarli, anche tenendo conto degli indirizzi e delle Linee guida dell'Autorità.

L'adozione del codice da parte di ciascuna amministrazione rappresenta una delle azioni e delle misure principali di attuazione della strategia di prevenzione della corruzione a livello decentrato perseguita attraverso



i doveri soggettivi di comportamento dei dipendenti all'amministrazione che lo adotta. A tal fine, il codice costituisce elemento complementare del PTPCT di ogni amministrazione.

Ne discende che il codice è elaborato in stretta sinergia con il PTPCT. Il fine è quello di tradurre gli obiettivi di riduzione del rischio corruttivo che il PTPCT persegue con misure di tipo oggettivo e organizzativo (organizzazione degli uffici, dei procedimenti/processi, dei controlli interni) in doveri di comportamento di lunga durata dei dipendenti.

I codici sono approvati dall'organo di indirizzo politico-amministrativo su proposta del RPCT, cui è attribuito un ruolo centrale ai fini della predisposizione, diffusione, monitoraggio e aggiornamento del codice di comportamento, avvalendosi in tale ultimo caso dell'Ufficio per i procedimenti disciplinari quale struttura di supporto.

ANAC ha il compito di definire criteri, linee guida e modelli uniformi con specifico riguardo a singoli settori o tipologie di amministrazione, ai sensi dell'art. 54, co. 5, del d.lgs. 165/2001. L'Autorità, nell'esercizio di tale potere, ha definito le prime Linee guida generali in materia con delibera n. 75 del 24 ottobre 2013 e sta predisponendo, valorizzando l'esperienza maturata, ulteriori approfondimenti e chiarimenti in nuove Linee guida di prossima adozione. È pertanto opportuno che le amministrazioni prima di procedere ad una revisione dei propri codici di comportamento attendano l'adozione da parte di ANAC delle nuove Linee guida, cui si rinvia.

Il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASST OVEST MILANESE, definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti dell'Azienda sono tenuti ad osservare sulla base di quanto previsto dal DPR n. 62 del 16.4.2013.

Il Codice è pubblicato sul sito internet aziendale nell'area "Amministrazione Trasparenza". Nel momento della sottoscrizione del contratto di assunzione tutti neoassunti si impegnano a prendere conoscenza dei seguenti documenti aziendali: Regolamento presenze assenze, Codice di Comportamento e Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

La violazione delle regole del Codice dà luogo a responsabilità disciplinare.

I codici di comportamento non vanno confusi, con i codici "etici", "deontologici" o comunque denominati. Questi ultimi hanno una dimensione "valoriale" e non disciplinare e sono adottati dalle amministrazioni al fine di fissare doveri, spesso ulteriori e diversi rispetto a quelli definiti nei codici di comportamento, rimessi alla autonoma iniziativa di gruppi, categorie o associazioni di pubblici funzionari. Essi rilevano solo su un piano meramente morale/etico. Le sanzioni che accompagnano tali doveri hanno carattere etico-morale e sono irrogate al di fuori di un procedimento di tipo disciplinare.



Articolo 12

Rotazione

La “rotazione del personale” è una misura di prevenzione della corruzione esplicitamente prevista dalla l. 190/2012 (art. 1, co. 4, lett. e), co. 5, lett. b), co. 10, lett. b).

Tenuto conto di alcune criticità operative che tale istituto presenta, l'ANAC nel PNA 2019, ribadisce quanto già disposto nei precedenti PNA e ha dedicato all'argomento un apposito approfondimento (All.2 PNA). L'orientamento dell'ANAC è stato quello di rimettere l'applicazione della misura della rotazione ordinaria alla autonoma programmazione delle amministrazioni e degli altri enti tenuti all'applicazione della l. 190/2012 in modo che queste possano adattarla alla concreta situazione dell'organizzazione degli uffici, indicando ove non sia possibile applicare la misura (per carenza di personale, o per professionalità con elevato contenuto tecnico) di operare scelte organizzative o adottare altre misure di natura preventiva con effetti analoghi.

Tuttavia in sanità, ed in particolare all'interno di questa ASST, l'applicabilità del principio della rotazione non deve compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa e sanitaria e soprattutto non deve comportare lo spreco delle professionalità acquisite in ambito lavorativo, valori che vanno dunque temperati con le esigenze di rotazione. Gli incarichi amministrativi e/o tecnici, ad esempio, richiedono competenze tecniche specifiche, ma anche nel caso di competenze acquisite, le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno dell'Azienda.

Qualora sussista una motivata ed oggettiva impossibilità ad attuare la rotazione, si adotteranno le misure utili ad attuare una separazione delle funzioni così da garantire la plurisoggettività nel governo dei processi, con attribuzione a soggetti diversi dei compiti di svolgere istruttorie ed accertamenti, adottare decisioni, attuare decisioni prese ed effettuare verifiche.

L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione, da disciplinarsi nel PTPCT o in sede di autonoma regolamentazione cui il PTPCT deve rinviare. L'istituto è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-*quater*) d.lgs. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «*del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*». Tale misura, c.d. rotazione straordinaria, solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione.

Nello svolgimento dell'attività di vigilanza, ANAC ha riscontrato numerose criticità nell'applicazione dell'istituto della rotazione straordinaria. Con la delibera 215/2019, l'Autorità ha ritenuto di dover precisare e rivedere alcuni propri precedenti orientamenti in materia di rotazione straordinaria.

In particolare si fa riferimento:

- ✓ alla identificazione dei reati presupposto da tener in conto ai fini dell'adozione della misura;
- ✓ al momento del procedimento penale in cui l'Amministrazione deve adottare il provvedimento di valutazione della condotta del dipendente, adeguatamente motivato, ai fini dell'eventuale applicazione della misura.



Articolo 13

Conflitto di interesse

La tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso la individuazione e la gestione del conflitto di interessi. La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

Il tema della gestione dei conflitti di interessi è espressione del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 della Costituzione. Esso è stato affrontato dalla l. 190/2012, con riguardo sia al personale interno dell'amministrazione/ente sia a soggetti esterni destinatari di incarichi nelle amministrazioni/enti, mediante norme che attengono a diversi profili quali:

- ✓ L'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi;
- ✓ Le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
- ✓ L'adozione dei codici di comportamento;
- ✓ Il divieto di *pantouflage*;
- ✓ L'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali;
- ✓ La tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing)

Astensione del dipendente in caso di conflitti di interessi

In merito all'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi, si evidenzia che con l'art.1, co. 41, della l. 190/2012 è stato introdotto nella legge sul procedimento amministrativo (legge 7 agosto 1990, n. 241) l'obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali e ad assumere il provvedimento finale nel caso in cui si trovi in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interesse.

I soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo. La finalità di prevenzione si attua mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione o atto endoprocedimentale del titolare dell'interesse che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati sono portatori.

Ogni Dirigente ha l'onere di vigilare sull'applicazione della disciplina dell'astensione in caso di conflitto di interesse e ogni dipendente che svolge l'incarico di Responsabile del procedimento ha l'onere di segnalare i



casi di conflitto di interesse al Dirigente responsabile (ai sensi dell'art. 6 bis della l. 241/90 e dell'art. 6 del DPR 62/13). Tale regola è contenuta nell'art. 6 del Codice di Comportamento dell'ASST OVEST MILANESE e, in caso di violazione, dà luogo a responsabilità disciplinare.

Spetta all'amministrazione la verifica della sussistenza di situazioni di conflitto di interessi. Tra le azioni previste per la gestione del conflitto di interesse si evidenzia:

- ✓ Esemplificazione di casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi (ad esempio situazioni di conflitto di interessi dei componenti delle commissioni di concorso o delle commissioni di gara);
- ✓ Chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali situazioni di conflitto di interessi dichiarate dal personale (ad esempio, il responsabile dell'ufficio nei confronti del diretto subordinato);
- ✓ Chiara individuazione dei soggetti tenuti a ricevere e a valutare le eventuali dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai dirigenti, dai vertici amministrativi e politici, dai consulenti o altre posizioni della struttura organizzativa dell'amministrazione;
- ✓ Predisposizione di appositi moduli per agevolare la presentazione tempestiva di dichiarazione di conflitto di interessi;
- ✓ Attività di sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto in materia dalla l. 241 /1990 e dal codice di comportamento.

Per quanto riguarda il tema della tutela dell'imparzialità dell'azione amministrativa nei casi di conferimento di incarichi a consulenti, si sottolinea che l'art. 53 del d.lgs. 165 del 2001, come modificato dalla l. 190 del 2012, impone espressamente all'amministrazione di effettuare una previa verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi. Al riguardo, si richiama anche l'art. 15 del d.lgs. 33/2013, che, con riferimento agli incarichi di collaborazione e di consulenza, prevede espressamente l'obbligo di pubblicazione dei dati concernenti gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, il curriculum vitae, i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali; i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione.

Alle fonti normative in materia di conflitto di interessi sopra indicate, sono state aggiunte specifiche disposizioni in materia all'art. 42 del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, recante il Codice dei contratti pubblici, al fine di contrastare fenomeni corruttivi nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni e garantire la parità di trattamento degli operatori economici.

Vista la rilevanza degli interessi coinvolti nel settore degli appalti pubblici, area considerata fra le più esposte a rischio di fenomeni corruttivi, l'Autorità, nell'ambito dei poteri attribuiti dall'art. 213 del codice, ha ritenuto di dedicare un approfondimento sul tema nella delibera n. 494 del 5 giugno 2019 recante le «Linee guida per



l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici», ai sensi del citato art. 42 del d.lgs. 50 del 2016, cui si rinvia.

Inconferibilità e incompatibilità

La disciplina dettata dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, concerne le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001.

Il complesso intervento normativo si inquadra nell'ambito delle misure volte a garantire l'imparzialità dei funzionari pubblici, al riparo da condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato. Le disposizioni del decreto tengono conto dell'esigenza di evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita.

Gli incarichi rilevanti ai fini dell'applicazione del regime delle incompatibilità e inconferibilità sono gli incarichi dirigenziali interni ed esterni, gli incarichi amministrativi di vertice, di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico, le cariche in enti privati regolati o finanziati, i componenti di organo di indirizzo politico, come definiti all'art. 1 del d.lgs. 39/2013.

La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento di incarichi e la risoluzione del relativo contratto (art. 17 del d.lgs. 39/2013).

L'Autorità ha fornito alcune specifiche indicazioni sul rispetto della disciplina con la Delibera 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 di vigilanza e poteri di accertamento di ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili»*, cui si rinvia.

L'art. 20 del d.lgs. 39/2013 pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dallo stesso decreto. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico (art. 20, co. 4).

Nelle Linee guida del 2016 su richiamate è stato, peraltro evidenziato che *«tale dichiarazione non vale ad esonerare chi ha conferito l'incarico dal dovere di accertare, nel rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità di cui al citato art. 97 Cost., i requisiti necessari alla nomina, ovvero, per quanto qui rileva, l'assenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità in capo al soggetto che si vuole nominare. In altre parole, l'amministrazione conferente è tenuta ad usare la massima cautela e diligenza nella valutazione della dichiarazione richiesta all'art.20, in quanto non è escluso che questa sia mendace, e ciò anche a prescindere dalla consapevolezza del suo autore circa la sussistenza di una delle cause di inconferibilità o di incompatibilità»*.



Considerato che la dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di inconferibilità costituisce condizione di efficacia dell'incarico, l'Autorità nelle stesse Linee guida sopra richiamate (Delibera n. 833 del 2016) ha ritenuto *«altamente auspicabile che il procedimento di conferimento dell'incarico si perfezioni solo all'esito della verifica, da parte dell'organo di indirizzo e della struttura di supporto, sulla dichiarazione resa dall'interessato, da effettuarsi tenendo conto degli incarichi risultanti dal curriculum vitae allegato alla predetta dichiarazione e dei fatti notori comunque acquisiti»*.

L'Azienda ha adeguato le proprie procedure previste per il conferimento di incarichi dirigenziali, al fine di prevenire tutte le ipotesi – senza esclusione alcuna – di inconferibilità e di incompatibilità previste dalle disposizioni di cui ai Capi III, IV e VI del D.lgs. 39/2013.

La UOC Gestione Risorse Umane in qualità di struttura che svolge istruttoria acquisisce le dichiarazioni al fine del conferimento dell'incarico dirigenziale, provvede alla pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013, nonché alla verifica della veridicità delle dichiarazioni rese presso le procure di competenza.

Annualmente la UOC Gestione Risorse Umane richiede ai dirigenti interessati l'aggiornamento delle dichiarazioni al fine di verificare l'eventuale verificarsi di una causa di incompatibilità od inconferibilità.

Pantouflage: svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

L'art. 1, co. 42, lett. l) della l. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla cd. "Incompatibilità successiva" (pantouflage), introducendo all'art. 53 del d.lgs. 165/2001, il co. 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. La norma sul divieto di pantouflage prevede inoltre specifiche conseguenze sanzionatorie, quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito in violazione del predetto divieto; inoltre, ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico è preclusa la possibilità di contrattare con le pubbliche amministrazioni nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti.

L'Azienda ha provveduto a regolare le attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro del personale, mediante l'adeguamento delle procedure dell'U.O.C. Risorse Umane relativa alle assunzioni, in ossequio alle previsioni di cui all'art. 53, comma 16 ter del d.lgs. 165/2001.

Al fine di garantire l'ottemperanza alla disciplina prevista dall'art. 53, comma 16 *ter* del D.lgs. 165/01, sono state adottate le seguenti misure:

- Inserimento nei contratti di incarico e di assunzione del personale che esercita poteri autoritativi o negoziali della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato



o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;

- Consegna ai dipendenti dimissionari a qualsiasi titolo, di apposita informativa ex art. 53, comma 16 ter d.lgs.165/2001, con contestuale sottoscrizione della stessa;
- Previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. 50/2016;
- Azione in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter d. lgs. 165/2001.

L'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali

L'Azienda si è dotata di un regolamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale n.123 del 19/04/2018, in materia incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, così come previsto dall'art. 53 del d.lgs. 165/01 che contiene inoltre la disciplina dell'apposita procedura per il conferimento/autorizzazione degli incarichi con indicazione dell'attività istruttoria da espletare e le competenze dei soggetti coinvolti. Nel rispetto della normativa, tale disciplina regolamentare tiene conto e garantisce al dipendente la possibilità di non perdere occasioni di arricchimento professionale, culturale e scientifico, utili a determinare una positiva ricaduta sull'attività istituzionale.

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (Whistleblower)

La legge 30 novembre 2017, n. 179, recante "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", entrata in vigore il 29 dicembre 2017, ha modificato l'articolo 54-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che disciplina la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.

L'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001, come novellato dalla l.179/2017, prevede specificamente il divieto di discriminazione nei confronti del c.d. Whistleblower, ovvero del dipendente che segnala illeciti o comportamenti meritevoli di considerazione, all'interno dell'ATS, assicurando che la denuncia sia sottratta al diritto di accesso. L'anonimato del dipendente che segnala illeciti, viene garantito, al fine di evitare che lo stesso ometta di effettuare segnalazioni per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli, fatte salve disposizioni di legge speciale in materia penale, tributaria o amministrativa. La violazione della riservatezza potrà comportare l'irrogazione di sanzioni disciplinari

In adempimento a quanto disposto dalla l. 179/2017, l'Azienda con deliberazione del Direttore Generale n. 478 del 24/12/2018 ha adottato un nuovo Regolamento che disciplina le misure per la tutela del dipendente che



segnala illeciti (Whistleblower) che ha sostituito il precedente regolamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale n.136/2017.

Sussiste apposito indirizzo mail accessibile al solo Responsabile della prevenzione, ove chiunque potrà segnalare illeciti, con garanzie di riservatezza e anonimato del segnalante.

L'indirizzo è: segnalazione.illegalita@asst-ovestmi.it

Il RPCT produce specifica relazione annuale come disposto dalla DGR 4878/2016, da presentare alla Giunta, contenente gli esiti dell'efficacia dell'istituto della tutela del segnalante Whistleblower).

Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA)

Ai sensi dell'art.33 -ter del decreto legge 18 ottobre 2012 n. 179, convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012 n.221 (cfr. comunicato ANAC del 28 ottobre 2013 e PNA 2016) questa azienda ha individuato il Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA) incaricato alla compilazione e all'aggiornamento dell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA).

L'Azienda ha designato il Rappresentante Legale quale Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA).

Patti di integrità

Con riferimento da ultimo ai patti di integrità negli affidamenti, in attuazione dell'art. 1, comma 17, della l. 190/12, i Servizi interessati utilizzano protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse, inserendo negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia in base alla quale il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità ha come conseguenza l'esclusione della gara e la risoluzione del contratto.

Formazione

Nel Piano Formativo aziendale 2020, sono state proposte iniziative formative sul tema della Prevenzione delle Corruzione e nello specifico riguardante l'aggiornamento del PTPCT 2020 e gli adempimenti obbligatori in materia di Prevenzione della corruzione rivolte in modo particolare ai dirigenti e ai dipendenti delle Unità Operative delle aree di rischio.

Antiriciclaggio

Una ulteriore misura di prevenzione della corruzione di carattere generale è rappresentata dalla applicazione della normativa nazionale antiriciclaggio e di contrasto al fenomeno del finanziamento al terrorismo.



Il DPCM 25 settembre 2015 prevede che ogni pubblica amministrazione debba nominare un gestore delle segnalazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo e prevedere procedure interne di valutazione idonee a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette.

Articolo 14

Performance

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è, infatti, necessario che i PTPCT siano coordinati rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione. L'esigenza di integrare alcuni aspetti del PTPCT e del Piano della performance è stata chiaramente indicata dal legislatore.

Così l'art. 1, co. 8 della l. 190/2012, nel prevedere che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario degli atti di programmazione strategico-gestionale, stabilisce un coordinamento a livello di contenuti tra i due strumenti che le amministrazioni sono tenute ad assicurare.

Il legame, inoltre, è rafforzato dalle disposizioni contenute nell'art. 44 del d.lgs. 33/2013 in cui si prevede, in primo luogo, che l'OIV ed altri soggetti deputati alla valutazione verifichino la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nel Piano della *performance* e valutino l'adeguatezza dei relativi indicatori; in secondo luogo, che le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di pubblicazione siano utilizzati sempre dagli OIV ai fini della misurazione e valutazione delle *performance* sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.

È dunque necessario un coordinamento tra il PTPCT e gli strumenti già vigenti per il controllo, nonché quelli individuati dal d.lgs. 150/2009 ossia:

- ✓ il Piano e la Relazione annuale sulla performance (art. 10 del d.lgs. 150/2009);
- ✓ il Sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 7 del d.lgs. 150/2009).

L'Azienda ha adottato il Piano delle Performance per il triennio 2020–2022, documento pubblicato sul sito web istituzionali, nell'area "Amministrazione Trasparente". Il Piano delle Performance sviluppa annualmente le schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione incluse nel presente PTPC, declinandole in obiettivi di performance organizzativa e individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva.

Dei risultati emersi nella Relazione delle Performance, il Responsabile Prevenzione della Corruzione tiene conto per:



- Effettuare un'analisi per comprendere le cause in base alle quali si sono verificati degli scostamenti rispetto ai risultati attesi;
- Individuare delle misure correttive, sia in relazione alle misure obbligatorie che a quelle ulteriori, in coordinamento con i dirigenti in base alle attività che svolgono;
- Per inserire le misure correttive tra quelle necessarie per migliorare il PTPC.

Organismo Indipendente Valutazione (OIV)

Gli OIV rivestono un ruolo importante nel coordinamento tra sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

Il quadro delle competenze ad essi dapprima attribuite dall'art. 14 del d.lgs. 150/2009, è stato successivamente modificato ed integrato dal d.lgs. 90/2014 e dal DPR del 9 maggio 2016, n. 105 «Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche» e, più recentemente, dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74.

Specifici compiti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono stati conferiti agli OIV dal d.lgs. 33/2013 e dalla l. 190/2012. Le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione dal d.lgs. 33/2013 sono state rafforzate dalle modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato alla l. 190/2012.

La nuova disciplina, improntata su una logica di coordinamento e maggiore comunicazione tra OIV e RPCT e di relazione dello stesso OIV con ANAC, prevede un più ampio coinvolgimento degli OIV chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del d.lgs. 33/2013, detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verificano che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo essi offrono un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori.

La connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza già prevista dal d.lgs. 150/2009 ha trovato conferma nel d.lgs. 33/2013 ove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione (art. 10). Ne consegue che gli OIV sono tenuti a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori. Inoltre, essi utilizzano i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale, del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati (art. 44). L'attività di



controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43).

Le modifiche normative che si sono succedute nel tempo hanno mantenuto inalterato il compito affidato agli OIV di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009) (cfr. Parte III § 4.4. "L'attestazione OIV sulla trasparenza"). Detta attività continua a rivestire particolare importanza per ANAC che, nell'ambito dell'esercizio dei propri poteri di controllo e di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, definisce annualmente le modalità per la predisposizione dell'attestazione. Tale attestazione va pubblicata, da parte del RPCT, entro il 30 aprile.

Laddove le amministrazioni non siano tenute a dotarsi dell'OIV, come ad esempio le Regioni, gli enti locali e gli enti del servizio sanitario nazionale, che adeguano i propri ordinamenti ai principi stabiliti nel d.lgs. 150/2009, nei limiti e con le modalità precisati all'art. 16 del medesimo decreto, le relative funzioni possono essere attribuite ad altri organismi, quali i nuclei di valutazione.

Articolo 15

Relazione annuale

I RPCT sono tenuti ad elaborare, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della l. 190/2012, una relazione annuale - da trasmettere all'OIV e all'organo di indirizzo dell'amministrazione - sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nei PTPCT.

Dalla relazione deve emergere una valutazione del livello effettivo di attuazione delle misure contenute nel PTPCT. In particolare il RPCT è chiamato a relazionare sul monitoraggio delle misure generali e specifiche individuate nel PTPCT.

La relazione costituisce, dunque, un importante strumento di monitoraggio in grado di evidenziare l'attuazione del PTPCT, l'efficacia o gli scostamenti delle misure previste rispetto a quelle attuate. Le evidenze, in termini di criticità o di miglioramento che si possono trarre dalla relazione, devono guidare le amministrazioni nella elaborazione del successivo PTPCT.

D'altra parte, la relazione costituisce anche uno strumento indispensabile per la valutazione da parte degli organi di indirizzo politico dell'efficacia delle strategie di prevenzione perseguite con il PTPCT e per l'elaborazione, da parte loro, degli obiettivi strategici.

La relazione redatta su specifica scheda predisposta da ANAC, dovrà essere pubblicata entro la data del 31 gennaio 2020, sul sito istituzionale dell'Azienda e inviata come disposto dalla l.190/2012 art.1 c.14 all'organismo indipendente di Valutazione (NVP) e all'organo di indirizzo dell'amministrazione.



PARTE IV

TRASPARENZA E OBBLIGHI DI INFORMAZIONE

Articolo 16

Premessa e contenuti

Con la l. 190/2012 la trasparenza amministrativa ha assunto una valenza chiave quale misura generale per prevenire e contrastare la corruzione e la cattiva amministrazione (art. 1, co. 36).

L'art. 1 del decreto legislativo. 14 marzo 2013, n. 33 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" definisce la Trasparenza come "l'accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche."

Il PNA 2019 definisce la trasparenza una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione, ~~l'ANAC~~ raccomanda, quindi, alle amministrazioni e a tutti gli altri soggetti destinatari del presente PNA un'adeguata programmazione di tale misura nei PTPCT.

All'attuale quadro normativo in materia di trasparenza il d.lgs. 97/2016 ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini.

Il d.lgs. 97/2016 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie, nonché l'attribuzione ad ANAC della competenza all'irrogazione delle stesse.

Di fondamentale importanza per la stesura della presente sezione del Piano, rivestono le seguenti deliberazioni dell'ANAC:

- La deliberazione 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'art.5 co 2 del d.lgs. 33/2013";
- La deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016 "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute del d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016".



Come disposto dall'art. 10, comma 3 del d.lgs. 33/2013, la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali tale per cui, il tema della Trasparenza costituisce obiettivo inserito nel Piano della Performance e posto a carico di ciascun responsabile di unità operativa che detiene dati oggetto di pubblicazione.

I dati oggetto di pubblicazione sul sito internet aziendale sono quelli declinati dal d.lgs. 33/2013 e delle linee guida ed analiticamente e puntualmente elencati nella griglia allegata alla delibera ANAC n.1310 del 28 dicembre 2016.

In ossequio a quanto disposto dalla normativa citata, è stata inserita nella home page del sito istituzionale dell'Azienda:

www.asst-ovestmi.it

una sezione denominata "Amministrazione Trasparente". Tale sezione è stata suddivisa, così come richiesto dal d.lgs. 33/2013, nelle sotto-sezioni espressamente richiamate da detto decreto legislativo. All'interno di ciascuna sotto-sezione sono contenuti i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Articolo 17

Caratteristiche delle informazioni

L'Azienda è tenuta ad assicurare la qualità delle informazioni riportate nel sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità.

Caratteristica essenziale della sezione della trasparenza, è l'indicazione dei nominativi dei soggetti e uffici responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni.

Tutti i documenti pubblicati devono riportare al loro interno fonte, data, periodo di riferimento o validità e l'oggetto al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi, anche se il contenuto informativo è reperito o letto al di fuori del contesto in cui è ospitato. Ogni soggetto dell'Azienda, in qualità di "Fonte Responsabile", fornirà i documenti da pubblicare alla struttura competente in formato aperto e accessibile. L'aggiornamento dei dati contenuti nella sezione "Amministrazione Trasparente" avverrà 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 entro tre giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta.

Attraverso la pubblicazione on line, si offre la possibilità agli Stakeholder di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

La verifica periodica della Sezione Trasparenza, effettuato in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta uno stimolo per l'Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli Stakeholder.

Resta fermo che, nel caso di informazioni che contengono anche dati personali, devono essere rispettati i principi e le linee guida in materia di tutela della riservatezza.

La trasparenza implica che tutti i dati resi pubblici possano essere utilizzati da parte degli interessati. Non è, infatti, sufficiente la pubblicazione di atti e documenti perché si realizzino obiettivi di trasparenza. Per l'usabilità dei dati, gli uffici dell'amministrazione devono curare la qualità della pubblicazione affinché i cittadini e gli possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto.

Allo scopo di aumentare il livello di trasparenza dei dati, delle informazioni e dei documenti, facilitandone la reperibilità e l'uso, la l. 190/2012 contiene riferimenti al formato aperto (art. 1, commi 32, 35 e 42). In particolare, il comma 35 stabilisce che "per formati di dati aperti si devono intendere almeno i dati resi disponibili e fruibili on line in formati non proprietari, a condizione tali da permettere il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la redistribuzione senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità".

L'Azienda, al fine di garantire un utilizzo sempre più efficace dei dati di tipo aperto, si impegna ad un progressivo allineamento alle previsioni normative, avendo come riferimento le Linee Guida emanate dall'Agenzia per l'Italia Digitale, in particolare le sezioni relative agli standard, alle tecnologie e alle licenze d'uso dei dati, e i documenti tecnici della ANAC.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi dell'art. 8, comma 3 del d.lgs. 33/2013, sono pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e di quanto previsto da specifiche previsioni normative. Un'importante modifica è quella apportata all'art.8 comma 3 dal d.lgs. 97/2016: trascorso il quinquennio o i diversi termini stabiliti dall'art.14, comma 2 e art. 15, comma 4, gli atti e i dati non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno.



Articolo 18

Responsabilità e misure organizzative

La modifica apportata all'art.1 comma 7 della l. 190/2012 dal d.lgs. 97/2016, in cui si è previsto che siano assegnate ad un unico soggetto le due responsabilità, comporta che il RPCT dovrà svolgere la regia complessiva della predisposizione del PTPC, in costante coordinamento con le strutture dell'amministrazione. Al Responsabile sono attribuiti i le funzioni previste dall'art.43 del d.lgs. 33/2013, così modificato dall'art.34 del d.lgs. 97/2016 e nello specifico svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando al Direttore Generale ,al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni(NVP), all'ANAC, e nei casi più gravi all'ufficio disciplina, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazioni.

Spetta ai Dirigenti responsabili/referenti delle unità operative individuate adempiere agli obblighi di pubblicazione previsti dal presente PTPC.

In particolare, i Dirigenti, nell'esercizio della propria funzione di responsabile del procedimento:

- Curano la selezione, la raccolta dei dati da pubblicare ed il successivo invio degli stessi all'unità operativa preposta all'aggiornamento del sito internet aziendale;
- Garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- Garantiscono l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'Azienda, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate;
- Controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico istituito regolamentato dall'art.5 del presente decreto;
- Partecipano alle iniziative di formazione sul tema della trasparenza e curano la formazione sul tema del proprio personale, promuovendo la diffusione della conoscenza delle norme di riferimento e la cultura della trasparenza all'interno della propria unità operativa.

Ciascun Responsabile avrà la facoltà di individuare un "Titolare della funzione operativa", ovvero il collaboratore addetto alle operazioni di raccolta e pubblicazione dei dati, dandone comunicazione al Responsabile per la Trasparenza. Il Responsabile svolge le proprie funzioni in stretto raccordo con i Responsabili per materia, dei Sistemi Informativi, i Responsabili del sito istituzionale e della Comunicazione al fine di costantemente garantire l'efficacia dell'azione e il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.



Il Nucleo di Valutazione ha il compito di verificare la coerenza degli obiettivi di trasparenza con quelli indicati nel Piano delle Performance, valutando l'adeguatezza degli indicatori ivi contenuti e di tenere conto dell'apporto delle diverse strutture alla attuazione del Programma Trasparenza ai fini della misurazione e valutazione della performance, sia organizzativa, sia individuale, del Responsabile e dei Dirigenti degli uffici deputati a mettere a disposizione i dati.

L'organismo di valutazione è altresì tenuto a fornire attestazione all'ANAC circa le verifiche dalla stessa richieste sugli adempimenti dell'Azienda.

Articolo 19

Violazioni degli obblighi di trasparenza

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'ASST ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili. Il responsabile non risponde se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

Articolo 20

Accesso civico e Accesso generalizzato

L'Accesso civico è disciplinata dall'art. 5, comma 1 del d.lgs. 33/2013.

Si tratta di uno strumento che la normativa fornisce ai cittadini per ottenere dalla Pubblica Amministrazione il rispetto dell'obbligo di pubblicazione dei documenti, dati e informazioni previsti dal Decreto stesso.

La richiesta di accesso non è sottoposta ad alcuna limitazione circa il soggetto che vi fa ricorso, è gratuita e non richiede motivazione. La richiesta di accesso civico riguarda esclusivamente i casi previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e non può comportare l'obbligo per la Azienda di pubblicare informazioni diverse, peraltro ottenibili con altre modalità.

Essa si realizza mediante la presentazione di richiesta scritta indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza avente ad oggetto "Accesso Civico" (trasparenza@asst-ovestmi.it), in alternativa: direttamente con consegna al Protocollo Aziendale (protocollo@pec.asst-ovestmi.it) in entrambe le ipotesi la richiesta di accesso dovrà essere corredata di copia del documento di identità richiedente.

Nella sezione Trasparenza del sito aziendale è pubblicato il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti", con sezione 4.1 dedicata alla presente tipologia di accesso, unitamente al modulo utilizzabile per formulare la richiesta.



La richiesta di accesso deve essere riscontrata dall'Amministrazione entro 30 giorni, con risposta scritta, ovvero con pubblicazione diretta dei dati richiesti, fermo restando il rispetto delle regole di cui alla normativa sulla privacy.

L' Accesso civico generalizzato introdotto con il d.lgs.97/2016. Esso riguarda i dati ed i documenti, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, detenuti dall'Amministrazione; può essere avanzata da chiunque, senza necessità di specifica legittimazione e senza obbligo di motivazione.

Si tratta di un diritto, che deve essere esercitato nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

La richiesta di accesso deve essere presentata all'Ufficio o Servizio che detiene i dati o i documenti di interesse. Qualora tale informazione non sia nota, la richiesta può essere presentata all'Ufficio Protocollo dell'Azienda (protocollo@pec.asst-ovestmi.it), che la inoltra alla struttura competente.

Nella sezione Trasparenza del sito aziendale è pubblicato il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti", con sezione 4.2 dedicata alla presente tipologia di accesso, unitamente al modulo utilizzabile per formulare la richiesta.

Articolo 21

Trasparenza e nuova disciplina della Privacy

A seguito dell'entrata in vigore del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 *“relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)”* (si seguito RGPD) e, altresì dell'entrata in vigore, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, l'Azienda si è dotata di un regolamento generale in materia di privacy (Deliberazione del Direttore Generale n. 369 del 04/10/2018) e di un più specifico regolamento sul DATA BREACH (del. 201 del 31/5/2018. E' stata inoltre aggiornata tutta la documentazione e la modulistica in uso in Azienda.

La figura del Responsabile dei dati (RPD) introdotta dal Regolamento (UE) 2016/679, costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT come indicato nel PNA 2019.

Il RPD ai sensi della normativa europea, svolge specifici compiti anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato ad informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti dalla normativa in materia di protezione di protezione dei dati personali.



Il RPD costituisce per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, una figura di riferimento anche per il RPCT anche se non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni. Ad esempio, nel caso delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato, che per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise come disposto dall'art. 5 comma 7, del d.lgs. 33/2013, dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali. In questi casi se ritenuto necessario, il RPCT secondo quanto disposto dal PNA 2019 può avvalersi limitatamente a profili di carattere generale, di un supporto del RPD nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra uffici.

Questa Azienda nel rispetto della normativa comunitaria, ha nominato il RPD con deliberazione del Direttore generale n.42 del 1 febbraio 2018.

Documenti tecnici di riferimento:

- ***Registro dei Rischi***
- ***Scheda obblighi informativi***