

Indice generale

PREMESSA.....	6
Parte I - PROCESSO DI ADOZIONE DEL PTPCT 2023-2025 - SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO.....	7
Processo di adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione.....	7
Processo di adozione del Piano e specifiche misure regionali, anche alla luce della L.R. n. 23/2015.....	8
Adozione del PTPCT 2023-2025 - Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO.....	9
Soggetti con funzioni di controllo.....	10
Definizione di corruzione.....	11
Parte II - I SOGGETTI E I RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE.....	13
Il Responsabile per la prevenzione della corruzione dell'ASST della Valcamonica.....	13
Gli altri soggetti coinvolti nella Prevenzione della corruzione.....	15
Ruolo del Direttore Generale.....	15
Ruolo della Direzione Strategica.....	15
Ruolo dei Direttori, dei Dirigenti e dei Responsabili dei Servizi quali Referenti in materia di prevenzione della corruzione.....	16
Ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP).....	17
Ruolo dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari.....	18
Ruolo dei dipendenti e dei collaboratori dell'Azienda.....	18
Ruolo dell'Ufficio Qualità.....	18
Il Gestore delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo.....	19
Il Dirigente incaricato dei controlli sui verbali dei Collegi Sindacali, ai sensi della DGR n. X/5661/2016.....	19
Organismo Regionale per le attività di Controllo.....	19
Internal Audit.....	19
Portatori d'interesse.....	20
Parte III - PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO.....	21
Fase 1 - Analisi del contesto.....	21
Analisi del contesto esterno (situazione economico - sociale).....	22

Analisi del contesto esterno (comprensiva della situazione istituzionale a seguito della riforma della L.R. n. 23/2015).....	28
Analisi del contesto interno.....	31
La “mappatura” dei processi.....	37
Aree di rischio - introduzione.....	39
Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 - affari legali e contenzioso.....	39
Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 - I “contratti pubblici”.....	40
Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 - Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.....	43
Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 - Incarichi e nomine.....	45
Aree di rischio specifiche di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 “Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale”.....	47
Area di rischio specifica di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 “Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale” - Attività libero professionale e liste di attesa.....	47
Area di rischio specifica di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 “Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale” - Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.....	48
Area di rischio specifica di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 “Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale” - Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.....	48
Altre misure preventive generali.....	50
Fase 2 - Valutazione del rischio.....	51
Identificazione del rischio.....	51
Analisi del rischio.....	51
Ponderazione del rischio.....	52
Fase 3 - Trattamento del rischio.....	52
Fasi trasversali.....	53
La fase di monitoraggio e riesame.....	53

La fase di consultazione e comunicazione.....	54
Parte IV - LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	56
Formazione.....	56
Codici di comportamento.....	57
Rotazione del personale.....	58
Rotazione straordinaria.....	59
Gestione del conflitto d'interesse.....	60
Conferimento e autorizzazione incarichi extra-istituzionali.....	62
Flussi informativi verso il Responsabile della prevenzione della corruzione.....	62
Gestione del conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti.....	63
Lo svolgimento di attività successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage - revolving doors).....	64
Tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (whistleblowing).....	65
Iniziative di comunicazione/partecipazione/sensibilizzazione.....	66
Monitoraggio dei tempi procedurali.....	66
Patti di integrità negli affidamenti.....	66
Attuazione del Decreto del Ministero dell'Interno 25.09.2015 in materia di riciclaggio....	67
Aggiornamenti del documento.....	68
Ulteriori misure preventive rese necessarie per fronteggiare l'emergenza epidemiologica.....	69
Parte V - TRASPARENZA.....	72
Responsabile per la trasparenza.....	73
Accesso civico e diritto di accesso agli atti (L. n. 241/90).....	73
Accesso generalizzato FOIA (Freedom of information act).....	74
Obblighi di pubblicazione per la dirigenza sanitaria.....	74
Modalità di raccolta dei dati.....	75
Modalità di pubblicazione.....	76
Misure di monitoraggio e di vigilanza volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi e l'attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto dell'attività di controllo.....	76



Monitoraggio interno.....	76
Audit dell'OIV.....	76
Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente".....	77
Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico.....	77

PREMESSA

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), è stato introdotto tra le misure di riforma della pubblica amministrazione per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Previsto all'art. 6 del D.L. n. 80/2021, il cosiddetto "Decreto Reclutamento", è un documento unico di programmazione e governance che sostituisce diversi Piani e documenti che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre.

Ai sensi dal D.P.R. attuativo del 24 giugno 2022 n. 81 "Regolamento indicante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)" tra i piani ricompresi all'interno del PIAO vi è, alla sezione "Valore pubblico, Performance e Anticorruzione" sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT).

La prevenzione dei rischi corruttivi e la trasparenza sono obiettivo prioritario dell'ASST della Valcamonica la quale riconosce un ruolo fondamentale alla programmazione delle misure, specifiche e generali, di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza nella protezione del valore pubblico generato attraverso la realizzazione delle proprie strategie.

A tal fine, in tale sottosezione dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), secondo le indicazioni fornite da ANAC (Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022), in conformità alla L. n. 190/2012 e ss.mm.ii. e, per ultimo, al PNA 2022 emanato da ANAC ed approvato dal Consiglio della medesima Autorità in data 17 gennaio 2023, quale atto di indirizzo che raccoglie tutte le indicazioni in materia di anticorruzione fornite da ANAC fino ad oggi, e al D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. in materia di trasparenza, di seguito si illustrano gli obiettivi per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza programmati dall'ASST della Valcamonica e le misure per la gestione dei rischi corruttivi adottate, funzionali alle strategie di creazione di valore pubblico.

In ragione del principio, chiaramente espresso dalla determinazione ANAC n. 12/2015, di continuità delle misure preventive, deve fin d'ora segnalarsi che la presente sottosezione rappresenta naturale prosecuzione e aggiornamento del PTPCT 2022-2024.

Parte I - PROCESSO DI ADOZIONE DEL PTPCT 2023-2025 - SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA PIAO

Processo di adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione

Il presente documento identifica, previa analisi del contesto esterno e di quello interno, le misure organizzative volte a contenere il rischio corruttivo ossia, nell'accezione fornita dalla normativa nazionale, il rischio di assunzione di decisioni non imparziali/in condizioni di conflitto di interesse.

Questo Piano triennale (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO) costituisce l'aggiornamento del settimo atto programmatico previsto dalla L. n. 190/2012 per l'ASST della Valcamonica, nel primo testo adottato con decreto n. 28/2016, poi aggiornamento annualmente con i provvedimenti di cui ai decreti n. 62/2017, 83/2018, 72/2019, 33/2020, 198/2021 e 24/2022. La particolare genesi di tale ente (sorto in sostanziale continuità con la disciolta ASL di Vallecamonica-Sebino) e il principio di continuità delle misure in materia preventiva chiaramente espresso nella Deliberazione ANAC n. 12/2015 non possono che porre il presente Piano, pur nelle peculiarità sue proprie, sulla scia delle iniziative già intraprese.

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC), con valenza per il periodo 2013-2015, è stato originariamente approvato con Decreto del Direttore Generale della disciolta ASL di Vallecamonica-Sebino n. 385/2013, comprendendo:

- il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità della Pubblica Amministrazione (PTTI) previsto dall'art. 10 del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33;
- il Codice di comportamento per i dipendenti.

Con successivo Decreto del Direttore Generale n. 69/2014 è stato adottato il PTPCT 2014-2016: tale aggiornamento ha inteso, in ottemperanza alle disposizioni nazionali, integrare ed aggiornare i contenuti già previsti con il PTPCT 2013-2015. Con tale provvedimento è stata confermata la congiunta programmazione delle misure in materia di prevenzione di rischi corruttivi e delle attività in materia di trasparenza e di accessibilità dei dati, ritenendo quest'ultimo profilo funzionale alla riduzione dei rischi corruttivi medesimi. Nel corso del 2014 sono state implementate le attività, anche al fine di costituire un'efficace programmazione per il successivo triennio.

Al fine dell'aggiornamento del PTPC, sempre inclusivo del PTTI, per il periodo 2015-2017, si è ritenuto, anche fuori da un espresso vincolo normativo in capo agli enti del SSN, di favorire un'ampia partecipazione attraverso forme di consultazione pubblica, volte a raccogliere segnalazioni e suggerimenti da parte degli operatori, degli utenti e di portatori di interessi connessi alle attività istituzionalmente svolte dall'ASL. L'intero documento, approvato con decreto del Direttore Generale n. 58/2015, è stato sviluppato tenendo in considerazione la peculiarità dell'Azienda, operante nel settore sanitario. Infatti, da un lato, la disciplina delineata dal Legislatore nazionale deve tenere conto ed essere armonizzata con le attribuzioni costituzionali e le competenze delle Regioni; dall'altro, si deve considerare la necessità di interpretazione delle disposizioni della L. n. 190/2012 che risultano specifiche per gli enti statali e territoriali e di "rinvio" rispetto alle altre tipologie di enti pubblici. Il tema, pertanto, con riferimento all'ambito sanitario, è ulteriormente significativo ove si consideri la natura propria della mission aziendale, delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali e dei relativi procedimenti amministrativi.

Non è da trascurare l'impegno profuso in ragione di plurimi fattori: la significativa presenza di dati sensibili negli atti di competenza, la peculiarità delle specializzazioni e discipline sanitarie e loro rilevanza rispetto a percorsi di rotazione, la natura delle prestazioni rese ai cittadini. Sia l'intervento della Conferenza Unificata (con particolare riferimento alle determinazioni assunte nella seduta del 23.07.2013) che l'attività di interpretazione di cui alle deliberazioni CIVIT (ora ANAC) hanno contribuito a sciogliere alcuni nodi.

L'ultimo Piano vigente (2022-2024) è stato approvato, sempre a valenza triennale, con decreto n. 24/2022.

I provvedimenti da ultimo citati hanno mirato, in particolare nel recente triennio, a:

- approfondire l'analisi del contesto (interno ed esterno);
- approfondire l'analisi dei rischi, anche con riferimento alle funzioni (territoriali) trasferite e con le criticità connesse al percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile;
- adottare misure preventive specifiche, sulla scorta delle indicazioni di ANAC e ORAC.

Come stabilito da precisa indicazione, i PTPCT devono essere pubblicati non oltre un mese dall'adozione sul sito istituzionale dell'Azienda e trasmessi all'ANAC. L'Autorità ha sviluppato una piattaforma per la rilevazione delle informazioni sulla predisposizione dei PTPCT e sulla loro attuazione. Tale piattaforma oltre a fornire supporti operativi, è utile per redigere la relazione annuale. Tale piattaforma permetterà all'Autorità di condurre analisi qualitative dei dati grazie alla sistemica e organizzata raccolta di informazioni e, dunque, poter rilevare le criticità dei Piani, nonché migliorare l'attività di supporto alle amministrazioni. Allo stato, l'Azienda, aderendo al comunicato del 12.06.2019, ha provveduto alla registrazione sulla piattaforma per di acquisizione dei Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza del RPTC, con caricamento dei contenuti, seppur in forma semplificata, dei PTPCT 2019-2021, 2020-2022 e 2021-2023.

Processo di adozione del Piano e specifiche misure regionali, anche alla luce della L.R. n. 23/2015.

Con riferimento alle Aziende Sanitarie Lombarde, il sistema normativo di prevenzione della corruzione introdotto dalla L. n.190/2012 viene ad incidere sul modello organizzativo e sul Codice Etico Comportamentale - costruiti secondo gli istituti del D.Lgs. n. 231/2001 (codice, organismo di vigilanza, modello organizzativo) - introdotti, in via sperimentale dal 2006 e regolati dall'art. 13-*bis* della L.R. n. 33/2009.

Il citato articolo, rubricato "Codice etico-comportamentale" dispone che: "Al fine di elevare la qualità del sistema sanitario regionale, ciascuna azienda sanitaria adotta, secondo modalità definite con deliberazione della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, un codice etico-comportamentale costituito dal codice etico e dal modello organizzativo in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso. Con la stessa deliberazione sono definite le modalità di costituzione e la durata dell'organismo di vigilanza preposto, all'interno di ciascuna azienda, a verificare l'efficacia e la corretta applicazione del codice etico-comportamentale."

In attuazione delle citate disposizioni, sono state emanate le relative determinazioni

regionali (DGR 17864 dell'11 giugno 2004 relativa all'introduzione in via sperimentale del Codice Etico Comportamentale; DGR 3776 del 13 dicembre 2006 relativa alle linee guida per l'adozione del Codice Etico e dei modelli di organizzazione; DGR 5743 del 31 ottobre 2007 - allegato 2; DGR 8501 del 26 novembre 2008 - allegato 1; DGR 10804 del 16 dicembre 2009; Decreto del Direttore Generale Sanità (DDGS) n. 2298 dell'11 marzo 2010 relativo alle linee guida per l'aggiornamento del sistema).

Atteso che la L. n. 190/2012 di fatto è la trasposizione al settore pubblico di quanto previsto e normato con il D.Lgs. n. 231/2001 per le persone giuridiche di diritto privato, si è reso necessario un raccordo normativo fra la portata del citato art. 13 bis della L.R. n. 33/2009 e l'applicazione della L. n. 190/2012.

Il patrimonio organizzativo ed informativo costruito negli anni dalle aziende sanitarie lombarde, grazie all'applicazione della Legge Regionale citata, costituisce la base per lo sviluppo della metodologia di costruzione del PTPCT.

In particolare, gli istituti dell'art. 13-bis (e del D.Lgs. n. 231/2001) sono stati utilizzati:

- per l'analisi e il monitoraggio dei rischi (il Modello Organizzativo era già caratterizzato dall'individuazione dei processi significati e dalla valutazione dell'incidenza delle violazioni sia in termini di gravità che di ricorrenza);

- con riferimento al Codice Etico Comportamentale, al fine di predisporre principi e regole di rapporto con gli utenti, i fornitori, i propri collaboratori e dipendenti e specifiche clausole di adesione per i fornitori al medesimo;

- per la formazione;

- per l'individuazione - in capo all'Organismo di Vigilanza/Nucleo di Valutazione - delle segnalazioni di violazione dei codici.

I PTPCT della disciolta ASL di Vallecmonica-Sebino hanno fatto riferimento al contenuto del "Codice Etico Aziendale" in considerazione della complessità dell'organizzazione aziendale e di quanto stabilito nella circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica e nel Piano Nazionale Anticorruzione.

L'identificazione delle aree a rischio di corruzione, attraverso i Processi del Codice Etico, è stato il primo passo per l'attuazione di azioni preventive e di contrasto al fenomeno della corruzione.

La reciproca influenza e sovrapposizione tra misure ex art. 13-bis L.R. n.33/2009 e attività di prevenzione della corruzione cessa formalmente in ragione dell'abrogazione, ad opera della L.R. n. 23/2015, del citato art. 13 bis. Ne consegue che le descritte misure, adottate in via volontaria da Regione Lombardia attraverso un'estensione agli enti del SSR delle misure proprie del D.Lgs. n. 231/2001, sono ora da ricondursi a pieno nell'esclusivo alveo del presente Piano triennale.

Con nota della DG Welfare prot.G1.2015.0001604 Regione Lombardia ha puntualmente chiarito come le nuove ASST/ATS non debbano provvedere alla ricostituzione dei disciolti Organismi per il codice etico-comportamentale.

Adozione del PTPCT 2023-2025 - Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO

Il presente PTPCT 2023-2025 (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO) si pone i seguenti obiettivi:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare le capacità di scoprire casi di corruzione;

- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Il PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO) si pone l'intento di diffondere una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. Ciò è perseguibile solo con l'attiva collaborazione della dirigenza, del personale non dirigente e degli organi di valutazione e controllo.

L'aggiornamento del PTPCT 2022-2024 dell'ASST della Valcamonica è condotto in base alle risultanze del monitoraggio, in funzione dei predetti obiettivi e in vista dell'adozione del PIAO. Tiene conto degli orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza contenuti nel PNA 2022.

Di conseguenza si reputa necessario sviluppare, a tutti i livelli organizzativi, una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle correlate responsabilità, tenendo conto sia del principio di buon andamento dell'attività amministrativa ordinaria in un contesto di forte stress derivante dalla carenza di personale, sia dell'emergenza sanitaria ancora in atto che impone, inevitabilmente, azioni eccezionali e tempestive che "derogano" da un'ordinaria organizzazione del lavoro. Serve, inoltre, il forte coinvolgimento dei responsabili di processo per incrementare l'integrazione tra PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO) e obiettivi di performance, e per sviluppare l'integrazione con gli altri strumenti di programmazione e controllo aziendali quali il piano delle performance, il piano triennale di fabbisogno del personale, la programmazione del lavoro agile e il piano annuale di formazione, in funzione della predisposizione del PIAO.

Per l'aggiornamento 2023 si prevede che l'RPCT proceda all'aggiornamento della mappatura di tutti i processi, all'analisi e alla valutazione dei rischi per gli eventuali nuovi processi e per quelli che non vedano ridotto il loro livello di rischio nonostante la corretta applicazione delle misure di prevenzione, e individuando, se necessario, ulteriori idonee misure di prevenzione. Considerando che l'attuazione dell'ultima riforma socio-sanitaria cambierà gli assetti organizzativi interni ed esterni all'Azienda, si ritiene che queste azioni potranno completarsi nell'arco del triennio 2023-2025. Per ricondurre queste azioni nell'ambito dell'attività ordinaria, le stesse vengono configurate quali obiettivi di performance dei Dirigenti, attuando così l'integrazione del PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO) coi processi di budget e di gestione delle performance, necessaria per porre condizioni di sostenibilità organizzativa della strategia aziendale di prevenzione della corruzione adottata.

Soggetti con funzioni di controllo

I soggetti istituzionali preposti al controllo dell'adempimento delle disposizioni di legge all'interno dell'Azienda sono:

- il Dipartimento della Funzione Pubblica che è promotore delle strategie di prevenzione e coordinatore della loro attuazione;
- l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) che svolge funzioni di raccordo con le altre autorità, esercitando la vigilanza e il controllo per la verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate dall'amministrazione. In ragione del trasferimento di competenze già affidate anche ad altri soggetti pubblici (es. AVCP) e della normativa sopravvenuta, le funzioni di indirizzo, controllo, anche ai fini interpretativi delle norme di settore, dell'ANAC

sono state sensibilmente rafforzate. La chiave dell'attività della nuova ANAC, nella visione attualmente espressa, è quella di vigilare per prevenire la corruzione creando una rete di collaborazione nell'ambito delle Pubbliche Amministrazioni e al contempo aumentare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, riducendo i controlli formali, che comportano tra l'altro appesantimenti procedurali e di fatto aumentano i costi della Pubblica Amministrazione senza creare valore per i cittadini e per le imprese;

- la Corte dei Conti che partecipa alle attività di controllo, con finalità di garanzia della corretta destinazione delle risorse di finanza pubblica e di accertamento di responsabilità di natura erariale;

- ORAC - Organismo Regionale per le Attività di Controllo, con attività di verifica del corretto funzionamento delle strutture organizzative della Giunta regionale e degli enti del Sistema Regionale;

- il Responsabile della prevenzione e della corruzione che è colui che all'interno dell'Azienda pone in essere quanto previsto dalla legge sulla base del Piano per la Prevenzione della Corruzione, con i compiti, le funzioni e le responsabilità dettagliatamente specificate nell'aggiornamento al PNA 2019 (con particolare riguardo all'allegato n. 3) nonché da ultimo nel PNA 2022 (con particolare riguardo all'allegato n. 3).

Definizione di corruzione

Le situazioni che possono configurare fattispecie di "corruzione" sono più ampie di quelle che si ritrovano nel Titolo II, Capo I, del codice penale che agli artt. 318, 319 e 319-ter illustra i delitti contro la Pubblica Amministrazione.

La nozione di "corruzione" deve infatti essere letta in un senso più ampio ovvero far riferimento a tutte quelle circostanze in cui un soggetto che opera all'interno di una Pubblica Amministrazione abusi della propria posizione o del potere a lui affidato per ottenere vantaggi privati.

Poiché il PNA ed il presente PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO) sono strumenti finalizzati alla prevenzione, il concetto di corruzione che viene preso a riferimento sia nel PNA sia nel Piano aziendale ha un'accezione ampia. Esso è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati di natura patrimoniale o non patrimoniale.

Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli artt. 318 - 322-bis, 346-bis c.p., e sono tali da comprendere anche le situazioni in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Al fine di individuare i reati oggetto dell'attività preventiva, sono di seguito indicate, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le fattispecie di reato in materia, ossia quelle contemplate dagli artt. 24 e 25 del D.Lgs. n. 231/2001, in parte modificate dalla L. n. 190/2012:

- a) Reato di concussione art. 317 c.p. (concussione)
- b) Reati di corruzione
art. 318 c.p. (corruzione per l'esercizio della funzione)



art. 319 c.p. (corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio)

art. 319-*bis* c.p. (aggravanti specifiche)

art. 319-*ter* c.p. (corruzione in atti giudiziari)

art. 319-*quater* c.p. (induzione indebita a dare o promettere utilità)

art. 320 c.p. (corruzione di persona incaricata di pubblico servizio)

art. 321 c.p. (pene per il corruttore)

art. 322 c.p. (istigazione alla corruzione)

art. 322-*bis* c.p. (peculato, concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri e funzionari C.E.)

c) Traffico di influenze illecite art. 346-*bis* c.p. (Traffico d'influenze illecite)

d) Corruzione tra privati art. 2635 c.c.

Il presente Piano mira ad individuare e a sanzionare, mediante gli strumenti giuridici dell'ordinamento (D.Lgs. n. 165/2001 e CCNL di riferimento) nel rispetto delle relative funzioni e ruoli gerarchici, comportamenti di Dirigenti e dipendenti in contrasto con i principi che disciplinano il pubblico impiego e in particolare i casi di conflitti d'interesse, a prescindere dalla loro rilevanza penale.

Parte II - I SOGGETTI E I RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione dell'ASST della Valcamonica

Con decreto del Direttore Generale n. 678/2022 si è provveduto alla nomina, con decorrenza dal 01.11.2022, del Responsabile della prevenzione della corruzione ai sensi della L. n. 190/2012 e della trasparenza ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 nella persona dell'Avv. Mauro Bazzana, Dirigente professionale avvocato.

Il Responsabile:

- cura che la propria nomina venga trasmessa dalla Direzione Generale ad ANAC ed a Regione Lombardia;
- ha elaborato il presente documento nel rispetto delle norme e delle linee guida emanate a livello nazionale, proponendolo all'adozione del Direttore Generale;
- provvede, in collaborazione con il Servizio di formazione aziendale, all'organizzazione di eventi formativi per i dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- presenta, su richiesta, il presente Piano alla Conferenza dei Sindaci e ai collaboratori dell'Azienda;
- pone in essere tutte le iniziative formative per i dipendenti che, pur non operando in settori esposti alla corruzione, possano essere *whistleblowers* ovvero segnalatori di eventi contrari all'imparzialità e al buon andamento della P.A.;
- individua il personale da inserire in percorsi formativi mirati alla conoscenza dei temi dell'etica e della legalità;
- segnala ai Direttori/Dirigenti/Responsabili delle UU.OO. eventuali comportamenti contrari alle norme vigenti, all'etica, al buon andamento, ai fini dell'applicazione di sanzioni disciplinari, proporzionali alla gravità della condotta tenuta dai dipendenti;
- propone modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti nell'organizzazione;
- cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'Amministrazione e il monitoraggio annuale sulla loro attuazione (art. 15 DPR n. 62/2013);
- si coordina con gli Uffici e gli altri organismi aziendali affinché le procedure di competenza di ciascuno e descritte nei documenti siano omogenee e non contrastanti;
- pubblica, nei termini previsti dalla normativa e da ANAC, una relazione aziendale sull'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione, trasmettendola, per conoscenza, alla direzione strategica;
- può contestare ai dipendenti e ai collaboratori dell'ASST della Valcamonica l'esistenza o l'insorgere di situazioni di inconferibilità o di incompatibilità all'assunzione di incarichi. Non sarà tuttavia responsabile di incarichi conferiti in presenza di cause di incompatibilità o inconferibilità qualora il conferimento sia conseguito a erronee interpretazioni o false dichiarazioni dei soggetti destinatari dell'incarico;
- segnala all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), all'Autorità Garante della Concorrenza e del mercato (ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla L. 20.07.2004, n. 215) e alla Corte dei Conti i casi di possibile violazione delle disposizioni previste dalla L. n. 190/2012 e dei principi contenuti nel presente Piano triennale di prevenzione della corruzione;
- predispone e verifica il sistema di prevenzione della corruzione al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione;

- ha l'obbligo di segnalare all'organo di indirizzo e al NVP le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- programma le attività necessarie per garantire l'attuazione corretta delle disposizioni in tema di trasparenza e verifica la qualità dei dati pubblicati in termini di completezza, chiarezza, aggiornamento e facile consultazione;
- riscontra le richieste ispettive, di sindacato, di controllo e di vigilanza dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC), qualora non direttamente rivolte ad altri soggetti a livello aziendale;
- adempie alle funzioni sue proprie secondo i compiti, le funzioni e le responsabilità dettagliatamente specificate nell'aggiornamento al PNA 2018, nel PNA 2019 e nel PNA 2022.

Tali compiti non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità. Il Responsabile non dispone di una struttura appositamente ed esclusivamente destinata alle funzioni in materia. Nell'ultimo atto di nomina del RPCT l'organo di indirizzo ha disposto il supporto operativo al RPCT del personale afferente all'Ufficio Avvocatura (una unità), alla Struttura Complessa "Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane" (una unità), e più in generale ha rimarcato la necessaria collaborazione tra il RPCT e la Struttura Complessa "Affari Generali e Legali", la Struttura Semplice "Controllo di Gestione" e l'Ufficio Qualità.

L'adempimento degli obblighi sopra esposti costituisce per il dirigente individuato elemento di valutazione ai fini della scheda di budget e della responsabilità dirigenziale di cui all'art. 21 del D.Lgs. n. 165/2001 e, per il personale del comparto all'uopo incaricato, indice per la valutazione personale annuale.

Il nuovo POAS ha previsto, conformemente alle indicazioni regionali, l'istituzione in staff alla Direzione Generale di un ufficio del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. L'Ufficio cura le procedure anticorruzione - anche nel quadro delle recenti norme nazionali - e le misure in materia di trasparenza e legalità, definisce le procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori a rischio corruzione, adotta le indicazioni e gli strumenti idonei per il monitoraggio degli adempimenti di legge finalizzati alla prevenzione della corruzione. Cura inoltre la gestione dell'istituto dell'"Accesso Civico" (il cui concreto adempimento è affidato al coordinamento dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico) e gli adempimenti relativi alla sezione "Amministrazione Trasparente" in raccordo con le strutture competenti per materia.

L'allegato 3 del PNA 2019 "Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni di Responsabile della prevenzione e della corruzione e della trasparenza (RPCT)" e l'allegato 3 del PNA 2022 "Il RPCT e la struttura di supporto" si focalizzano su questa importante figura riprendendone l'istituzione e i criteri di scelta, disciplinati dalla L. n. 190/2012, si richiamano i compiti e i poteri, che sono in parte ripresi nella prima parte di questa sezione. I predetti approfondimenti proseguono sottolineando l'importanza degli obblighi di informazione nei confronti del RPCT da parte del personale dirigente, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPCT e alle misure di contrasto alla corruzione, nonché l'importanza dell'applicazione da parte di tutti i dipendenti dell'amministrazione delle prescrizioni contenute nel Piano. L'organo di indirizzo è strettamente connesso con quanto svolto dal RPCT, in quanto l'indirizzo e gli obiettivi strategici del PTPCT sono posti dalla Direzione Strategica, alla quale il RPCT deve riferire in merito all'attività, attraverso la relazione annuale. Il RPCT deve segnalare i casi di violazione delle disposizioni in merito al D.Lgs. n. 39/2013 all'ANAC, nonché i

risultati del monitoraggio annuale dell'attuazione dei Codici di comportamento. L'ANAC ha il compito inoltre, di vigilare sull'operato dei responsabili della trasparenza, a cui può chiedere un rendiconto sui risultati del controllo svolto.

Il RPCT, nell'esercizio delle sue funzioni, deve mantenere una posizione indipendente e pertanto il legislatore ha elaborato un sistema di garanzia al fine di evitare ritorsioni nei confronti dello stesso.

Gli altri soggetti coinvolti nella Prevenzione della corruzione

Affinché il processo di contrasto ai fenomeni corruttivi possa essere efficace, il legislatore ha previsto il coinvolgimento di molteplici soggetti, ciascuno interessato a diverso titolo e con diversi obblighi rispetto alle disposizioni della legge.

Al fine di diffondere la cultura della legalità, il Responsabile della prevenzione della corruzione coinvolge inoltre altri soggetti aziendali, i quali mantengono, ciascuno, la responsabilità personale in relazione alle mansioni svolte.

Ruolo del Direttore Generale

A partire dal vertice aziendale, il **Direttore Generale** concorre alla prevenzione della corruzione:

- designando il Responsabile e comunicando la sua nomina ad ANAC e a Regione Lombardia;
- adottando il PTPCT e i suoi aggiornamenti e comunicandolo, se del caso, al Dipartimento della Funzione Pubblica e alla Regione Lombardia;
- adottando tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

Ruolo della Direzione Strategica

La **Direzione Strategica** deve definire gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza; la Direzione Strategica svolge un ruolo importante, dovendo contribuire alla creazione di un contesto istituzione favorevole al supporto del RPCT e alla diffusione e conoscenza del PTPCT. A tal fine la Direzione intende sostenere la realizzazione dell'integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure dell'anticorruzione e i sistemi di controllo interno, continuare nel processo di formazione, già in atto, in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza tra i dipendenti e del RPCT, favorire lo scambio di flussi informativi al RPCT e gli adempimenti in materia di trasparenza, privilegiando misure che agiscano sulla semplificazione.

In questa sede, s'intende richiamare, per le finalità collaborative rispetto alle funzioni del Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) l'articolazione strutturale adottata nel rispetto del D.Lgs. n. 502/1992, nei diversi livelli:

- Direzione generale (e relative strutture in staff);
- Direzioni strategiche (e relative strutture in staff);
- Dipartimenti gestionali;
- Unità operative (complesse o semplici dipartimentali);

- Unità operative semplici;
- Servizi/Uffici.

Ruolo dei Direttori, dei Dirigenti e dei Responsabili dei Servizi quali Referenti in materia di prevenzione della corruzione

In base all'organigramma tutti i Direttori/Dirigenti/Responsabili per l'area di rispettiva competenza partecipano alla prevenzione dei fenomeni corruttivi:

- svolgendo una attività informativa nei confronti del responsabile affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e attività dell'amministrazione;
- svolgendo una attività informativa nei confronti dell'Autorità Giudiziaria;
- partecipando al processo di gestione del rischio;
- proponendo misure di prevenzione;
- assicurando l'osservanza del Codice di comportamento e verificando le ipotesi di violazione;
- avviando procedimenti disciplinari, la sospensione e la rotazione del personale;
- osservando le misure contenute nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, garantendo l'attuazione di tutte le misure, comprese quelle relative alla pubblicazione dei dati ed all'accesso civico.

Vista la complessità dell'organizzazione dell'Azienda i Direttori di UO, i Dirigenti Responsabili dei Servizi e i funzionari a cui sono, anche temporaneamente, affidati compiti di responsabilità e direzione di aree potenzialmente a rischio, sono individuati come Referenti della prevenzione. Il presente Piano prende quindi in considerazione tutti gli ambiti interessati da potenziali rischi di corruzione, intesa quest'ultima in senso lato, dalle attività amministrative a quelle sanitarie.

I citati soggetti sono individuati quali Referenti aziendali del Responsabile per la definizione delle misure di prevenzione e contrasto alla corruzione; ai medesimi compete, per struttura e aree di attività di competenza, in concorso con il RPC:

- diffondere una cultura di prevenzione della corruzione attraverso l'assunzione di comportamenti etici, equi e trasparenti, favorendo l'informazione dei propri collaboratori sulle procedure e sui regolamenti aziendali, con particolare riguardo al personale di nuova assegnazione;
- individuare i processi di lavoro e il personale maggiormente a rischio nell'ambito della propria struttura;
- definire meccanismi operativi finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- implementare sistemi di controllo e di monitoraggio che consentano di rilevare tempestivamente comportamenti inadeguati dei propri collaboratori;
- partecipare all'elaborazione del PTPCT fornendo attiva collaborazione al Responsabile aziendale nella valutazione del grado di rischio presente, nell'individuazione ed eventuale correzione, integrazione, modifica degli interventi organizzativi e delle procedure volte a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, nonché nella predisposizione di idonei strumenti di monitoraggio;
- fissare i termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, laddove non già previsti da norme o regolamenti o altra disciplina e monitorare il loro effettivo rispetto con cadenza periodica, con l'obbligo di segnalare al RPCT eventuali scostamenti o anomalie riscontrate;
- monitorare i rapporti instaurati tra l'Azienda e soggetti che con la stessa stipulano

contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi, economici e non, di qualunque genere, secondo regolamenti e procedure interne che verranno adottati e, se già presenti, aggiornati alla luce della normativa anticorruzione;

- garantire la massima trasparenza a tutte le iniziative aziendali volte a prevenire, impedire e contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione e ad assicurare l'osservanza della legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, diffondendone la conoscenza fra il personale della propria struttura;

- individuare il personale da inserire in percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, comunicandoli al Responsabile aziendale e pianificare modalità di condivisione delle conoscenze e competenze acquisite;

- verificare, d'intesa con il Responsabile aziendale, l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree di attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione.

Per quanto attiene al PTPC, il modello di coordinamento prevede un flusso di informazioni tra il RPCT ed i Referenti e viceversa al fine di acquisire informazioni e provvedere ad una capillare informazione dei contenuti del Piano. Il flusso informativo avviene come segue:

- i Referenti sono tenuti a comunicare al RPCT i dati utili (aree critiche e azioni correttive) per la costruzione ed il costante aggiornamento dei singoli Processi inseriti nel Piano di prevenzione, nonché eventuali ulteriori fattispecie a rischio corruzione;

- il RPCT raccoglie e valuta le informazioni pervenute inserendole nel Piano, anche mediante aggiornamento infrannuale;

- il RPCT diffonde il PTPC tramite pubblicazione sul sito web e nella rete intranet aziendale.

Ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

Il NVP partecipa, nell'ambito delle proprie competenze, al processo di gestione del rischio.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione si confronta con detto organo indipendente di valutazione sia per l'esame degli adempimenti connessi agli obblighi di pubblicazione sia per l'attività di mappatura dei processi e valutazione dei rischi, anche in considerazione che il monitoraggio del NVP nell'ambito del ciclo di gestione della performance, svolto in maniera sistematica e costante, con la segnalazione tempestiva di eventuali criticità, ritardi e omissioni in sede di attuazione, può consentire, infatti di promuovere azioni correttive.

In sintesi il NVP:

- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lett. a) D.Lgs. n. 150/2009);

- ha il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità (art. 14, comma 4, lett. g) D.Lgs. n. 150/2009);

- partecipa al processo di gestione del rischio: considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;

- esprime preventivo parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato da ciascuna amministrazione;

- verifica la coerenza tra gli obiettivi del Programma anticorruzione, per la trasparenza e quelli del Piano delle performance (L. n. 190/2012).

Le modifiche che il D.Lgs. n. 97/2016 ha apportato alla L. n. 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate al NVP in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal D.Lgs. n. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC. In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del D.Lgs. n. 33/2013, detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verificano che i PPTTPC siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Il NVP si occupa inoltre di verificare, ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. g) del D.Lgs. n. 150/2009 e della delibera ANAC n. 1316/2016 e n. 141/2019, la pubblicazione, completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione in base a quanto sottoposto a verifica ANAC. Inoltre contestualmente attesta l'individuazione, da parte dell'Amministrazione, di misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi formativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente", l'individuazione dei Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, informazioni e dei dati, nonché la veridicità e attendibilità.

Ruolo dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD):

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

Si segnala l'indirizzo fornito della Direzione per la costituzione di un ufficio procedimenti disciplinari dell'ASST in forma collegiale. La pluralità di soggetti che lo costituiscono rappresenta, come per ogni organo pluripersonale, misura preventiva rafforzata, stante la particolarità e delicatezza delle funzioni affidate. Con riguardo ai componenti deve essere assicurato, accanto ad ogni requisito di professionalità previsto dalla legge, la piena terzietà rispetto alle funzioni esercitate e ai singoli illeciti sottoposti alla loro valutazione.

Ruolo dei dipendenti e dei collaboratori dell'Azienda

I dipendenti, i titolari di incarico a tempo determinato, i collaboratori a qualsiasi titolo (liberi professionisti, co.co.co, ecc.):

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- segnalano le situazioni di illecito.

Ruolo dell'Ufficio Qualità

Ancorché la funzione aziendale della qualità non sia soggetto a cui istituzionalmente competono compiti diretti in materia di prevenzione della corruzione, il percorso svolto dall'ASST nell'ambito dell'analisi dei rischi ha valorizzato l'apporto dell'Ufficio Qualità (in staff alla Direzione Generale). Come risulta anche dal proseguo del presente Piano,

un'efficace analisi del rischio non può ritenersi scollegata da una più complessiva disamina dei processi. Proprio in ragione di questa trasversalità, il coordinamento con l'Ufficio Qualità, anche nei rapporti con le strutture sanitarie, pare fondamentale per un'efficace mappatura e per un effettivo impatto preventivo delle misure proposte.

Il Gestore delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo

Detto gestore, che nel caso dell'ASST della Valcamonica corrisponde allo stato con il Responsabile della prevenzione della corruzione, coopera, negli specifici ambiti propri dei reati di riciclaggio e di terrorismo - anche internazionale - nelle attività di analisi e di segnalazione di fatti di potenziale rilievo corruttivo.

Il Dirigente incaricato dei controlli sui verbali dei Collegi Sindacali, ai sensi della DGR n. X/5661/2016

Il Dirigente incaricato di detti controlli, nominato con decreto n. 680/2022 nella persona del Dirigente responsabile dell'Ufficio Controlli Interni, svolge attività di impulso volte a favorire un diretto riscontro tra le attività di amministrazione attiva dell'ASST e le funzioni di controllo del Collegio Sindacale, anche nella direzione della minimizzazione del rischio.

Organismo Regionale per le attività di Controllo

La L.R. n. 13 del 28 settembre 2018 ha istituito l'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC), al fine di verificare il corretto funzionamento delle strutture organizzative della Giunta regionale e degli enti del Sistema Regionale.

L'ORAC è un organismo indipendente di controllo interno composto da 9 membri, costituito con il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 390 del 2 ottobre 2019, pubblicato sul BURL del 3 ottobre. Da tale data, a norma dell'art. 9 della L.R. n. 13/2018, è abrogata la L.R. n. 5/2016 istitutiva di ARAC, cessano dal loro incarico i consiglieri dell'Agenzia Regionale Anti Corruzione, e ogni riferimento ad ARAC contenuto in leggi, regolamenti, o altri atti, si intende riferito a ORAC.

Internal Audit

In applicazione della L.R. 4 giugno 2014, n.17 e in attuazione della DGR n. X/2989 del 23.12.2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2015" l'ASST della Valcamonica, con decreto n. 996/2015 ha istituito la funzione di Internal Auditing, oggi nel nuovo POAS in staff al Direttore Generale.

Tale organismo di controllo di "terzo livello", indipendente e autonomo, trasversale alle diverse articolazioni aziendali, ha il compito di verificare l'efficacia del sistema dei controlli interni, fornendo analisi, valutazioni, raccomandazioni e piani di miglioramento organizzativi in relazione alle attività esaminate.

Come previsto dalla DGR n. XI/4942 del 29.06.2021 (Attuazione dell'art. 18 bis "Nuclei di valutazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico" della legge regionale n. 33/2009) il NVP collabora con la funzione aziendale di Internal Auditing al fine di perseguire il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza



dell'Azienda.

Nel prossimo triennio si individueranno forme e modi idonei necessari all'Internal Audit per supportare la fase di controllo di attuazione del Piano per valutare l'efficacia dei controlli effettuati dai Dirigenti responsabili dei processi, compreso il processo di pubblicazione.

Portatori d'interesse

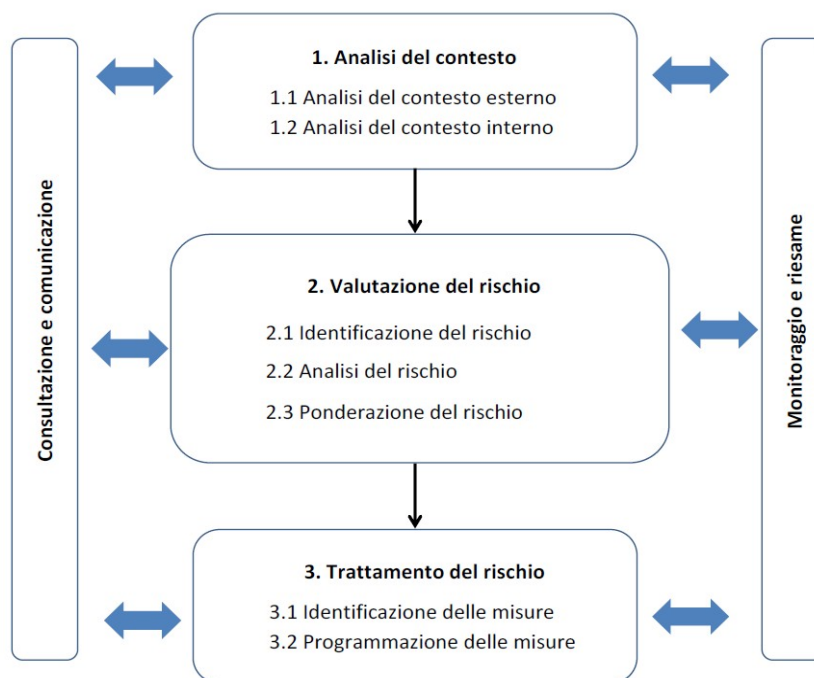
Ai fini della predisposizione del PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO), i cittadini e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi partecipano al processo attraverso forme di consultazione, ciò è reso possibile dalla possibilità di fare osservazioni e/o proporre modifiche al Piano durante la fase di consultazione.

Parte III - PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Il processo di gestione del rischio è il cuore del PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO) avendo la finalità di favorire il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa e di prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

Esso si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica per la quale in ogni sua "ripartenza" deve tener conto dei risultati del ciclo precedente, adattandosi agli eventuali cambiamenti. Ciò conferisce al PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO), documento di programmazione strategica delle misure idonee a prevenire la corruzione, il carattere dell'elasticità.

Il processo di gestione del rischio di corruzione si articola nelle fasi qui rappresentate e si realizza attraverso tre distinte fasi, cui sono trasversali le fasi del monitoraggio e riesame e della consultazione e comunicazione.



Fase 1 - Analisi del contesto

La prima fase di questo processo è l'analisi del contesto esterno e del contesto interno. Tale attività è considerata da ANAC una fase propedeutica e preliminare al processo di gestione del rischio corruttivo.

La conoscenza delle caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale opera l'Azienda (contesto esterno) e dell'organizzazione e dei processi aziendali (contesto interno) è utile per una riflessione sulle pressioni e sulle influenze cui è esposta l'Azienda e per pensare a misure idonee per evitarne le conseguenze.

Analisi del contesto esterno (situazione economico - sociale)

La Valle Camonica, situata nella zona nord-orientale della Lombardia, è la più estesa fra le valli della Regione e fra le maggiori vallate delle Alpi Centrali. Si sviluppa per circa 90 Km di lunghezza dal passo del Tonale (m. 1833 s.l.m.) alla Corna Trenta Passi (presso Pisogne, sul lago di Iseo), con una superficie di 1.319,23 km². Da Brescia, l'accesso al territorio avviene tramite la Ferrovia Brescia-Iseo-Edolo e la SS 510, che dal capoluogo conduce fino all'abitato di Pian Camuno. La SS 42 del Tonale e della Mendola collega il comprensorio a Bergamo e a Bolzano rispettivamente dalla Val Cavallina e dal Passo del Tonale, costituendo inoltre una connessione con le reti autostradali A4 Milano-Venezia e A22 Modena-Brennero. Il collegamento con la Valtellina è costituito dalla SS 39 del Passo dell'Aprica.

Nel Distretto Valle Camonica Sebino dal 2003 la popolazione ha avuto un incremento, in valore assoluto pari a 5.752 persone passando da 96.443 abitanti a 102.195 al 31.12.2012, diminuendo però nel 2013 in 101.683 unità. Nel 2014 si è assestata sul numero di 101.097 restando sostanzialmente stabile dal 2017 intorno alle 100.000 unità. Dall'ultima rilevazione effettuata, in data 01.01.2022 (ISTAT), il numero della popolazione residente si attesta su 97.936 unità, equamente divise tra entrambi i sessi seppur con una lieve prevalenza per il sesso femminile. Il Comune con maggiore popolazione è Darfo Boario Terme che presenta un numero di residenti pari a 15.557 suddivisi in 7718 maschi e 7839 femmine.

L'ambito territoriale dell'ASST della Valcamonica comprende 41 Comuni, corrispondenti ai 42 già afferenti alla disciolta ASL di Vallecamosonica Sebino (in ragione della fusione dei Comuni di Bienno e Prestine nel municipio ora denominato "Bienno"), con una superficie totale di 1305,19 Km² e una popolazione, come da rilevazione ISTAT al 01.01.2022, così distribuita:

Comune	Popolazione e maschile	Popolazione e femminile	Popolazione e totale	Superficie in kmq	Densità abitativa/kmq	Altitudine slm
Angolo Terme	1160	1138	2298	30,56	75,20	426
Artogne	1794	1783	3577	21,02	170,17	266
Berzo Demo	790	737	1527	15,46	98,77	790
Berzo Inferiore	1220	1227	2447	21,92	111,63	356
Bienno	1845	1905	3750	30,54	122,79	445
Borno	1207	1273	2480	30,5	81,31	912
Braone	346	337	683	13,36	51,12	394
Breno	2255	2380	4635	59,94	77,33	343
Capo di Ponte	1112	1209	2321	18,11	128,16	362
Cedegolo	533	557	1090	11,08	98,38	413
Cerveno	344	312	656	21,55	30,44	500
Ceto	884	900	1784	32,3	55,23	453
Cevo	430	389	819	35,47	23,09	1070



Cividate Camuno	1359	1293	2652	3,31	801,21	274
Corteno Golgi	962	951	1913	82,61	23,16	925
Darfo Boario Terme	7718	7839	15557	36,07	431,30	218
Edolo	2152	2256	4408	88,9	49,58	699
Esine	2542	2577	5119	30,31	168,89	286
Gianico	1034	1081	2115	13,38	158,07	281
Incudine	166	178	344	19,67	17,49	910
Losine	316	310	626	6,26	100,00	391
Lozio	178	176	354	23,74	14,91	975
Malegno	982	978	1960	6,89	284,47	328
Malonno	1474	1549	3023	31,46	96,09	596
Monno	246	269	515	31,03	16,60	1066
Niardo	967	1000	1967	22,16	88,76	442
Ono San Pietro	479	487	966	13,78	70,10	516
Ossimo	720	730	1450	14,86	97,58	869
Paisco Loveno	87	89	176	35,87	4,91	853
Paspardo	301	277	578	11,15	51,84	978
Pian Camuno	2383	2324	4707	10,95	429,86	244
Piancogno	2392	2316	4708	14,3	329,23	250
Pisogne	3887	3934	7821	49,23	158,87	187
Ponte di Legno	848	913	1761	100,43	17,53	1257
Saviore dell'Adamello	386	416	802	84,27	9,52	1210
Sellero	701	696	1397	14,47	96,54	476
Sonico	610	597	1207	60,89	19,82	650
Temù	559	546	1105	43,26	25,54	1144
Veza d'Oglio	737	737	1474	54,15	27,22	1080
Vione	299	323	622	35,27	17,64	1250
Totali	48681	49255	97936	1305,19	75,04	632,56

Nel prospetto di seguito indicato, gli indici demografici d'interesse:

	Valle Camonica	Lombardia	Italia
Superficie	1305,19 Km ²	23.861,8 Km ²	301.338 Km ²
Residenti al 1.1.2022	97.936	9 965 046	58 983 122
Densità abitativa	75,04 ab/Km ²	417,6 ab/Km ²	195,73 ab/Km ²

Lombardia		%	ASL VCS
9.700.881	Popolazione totale	1,05	102.195
971.931	Pop. Anziana >75	10,02	9.630
37.825	Pop. Grave/gravissima disabilità	0,39	398
380.000	Pop. Non autosuff./fragili superiori ai 65 anni	3,92	4.003
310.000	Pop. Disabile	3,20	3.266

Per quanto riguarda l'area della disabilità e della non autosufficienza, si riportano nella tabella seguente i dati regionali e locali al 2012 (fonte: DGR n. 116/2013), con una proiezione rispetto alla popolazione dell'ASST, laddove non disponibili dati completi sulla popolazione invalida, utile per un'analisi di contesto riferita alla popolazione gravemente disabile e non autosufficiente/fragile.



In merito alla popolazione straniera presente sul territorio, si è proceduto alla stesura della tabella di seguito riportata che mette in correlazione la popolazione totale con quella straniera, rilevata al 01.01.2022 dall'ISTAT.

Comune	Popolazione totale	Popolazione straniera	Incidenza percentuale
Angolo Terme	2298	105	4,56%
Artogne	3577	292	8,16%
Berzo Demo	1527	29	1,80%
Berzo Inferiore	2447	162	6,62%
Bienno	3750	196	5,22%
Borno	2480	44	1,77%
Braone	683	64	9,37%
Breno	4635	456	9,83%
Capo di Ponte	2321	112	4,82%
Cedegolo	1090	107	9,81%
Cerveno	656	20	3,00%
Ceto	1784	94	5,26%
Cevo	819	13	1,58%
Cimbergo	542	7	1,29%
Cividate Camuno	2652	157	5,92%
Corteno Golgi	1913	60	3,13%
Darfo Boario Terme	15557	2431	15,62%
Edolo	4408	341	7,73%
Esine	5119	347	6,77%
Gianico	2115	163	7,70%
Incodine	344	11	3,19%
Losine	626	35	5,59%
Lozio	354	6	1,69%
Malegno	1960	134	6,83%
Malonno	3023	43	1,42%
Monno	515	7	1,30%
Niardo	1967	147	7,47%
Ono San Pietro	966	26	2,69%
Ossimo	1450	64	4,41%
Paisco Loveno	176	3	1,70%
Paspardo	578	15	2,59%
Pian Camuno	4707	639	13,57%
Piancogno	4708	667	14,16%
Pisogne	7821	465	5,90%

Ponte di Legno	1761	71	4,03%
Saviore dell'Adamello	802	9	1,12%
Sellero	1397	34	2,40%
Sonico	1207	17	1,40%
Temù	1105	65	5,88%
Vezza d'Oglio	1474	53	3,59%
Vione	622	16	2,57%
Totali	97936	7727	7,88%

Come evidente, la percentuale di popolazione straniera sulla popolazione residente in Valle Camonica si assesta sul valore del 7,88%, con la più alta percentuale di stranieri nel Comune di Darfo B.T. (15% circa), valore simile alle zone a forte urbanizzazione mentre nelle maggior parte dei comuni la percentuale resta ben al di sotto del valore medio.

Per una ancora più approfondita analisi della popolazione residente in Valle Camonica giova analizzare l'andamento di tre importanti indici rispetto ai valori riscontrati a livello nazionale e regionale.

In particolare è possibile prendere visione dell'indice di dipendenza strutturale che registra il rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e > 65) e la popolazione in età attiva (15-64 anni); dell'indice di dipendenza strutturale degli anziani che rappresenta la percentuale tra coloro che hanno più di 65 anni e la popolazione attiva; infine l'indice di vecchiaia che monitora il rapporto fra popolazione con più di 65 anni e coloro i quali sono minori di 15.

	Dipendenza Strutturale		Dipendenza Strutturale Anziani		Indice di vecchiaia	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Valle Camonica	57,94%	58,09%	37,73%	38,08%	186,61%	190,31%
Lombardia	56,96%	56,61%	35,94%	35,86%	170,94%	172,75%
Italia	56,73%	56,81%	36,42%	36,76%	179,35%	183,26%

Dalla lettura dei dati di cui sopra emerge un incremento, a differenza dei dati regionali in leggero calo, della dipendenza strutturale nella Valle che si attesta comunque su valori più elevati rispetto ai parametri nazionali e regionali di riferimento.

A valutazioni non dissimili si giunge anche dall'analisi della dipendenza strutturale degli Anziani, per i quali la Valle Camonica registra un incremento, su valori già più elevate dei rispettivi riferimenti regionali e nazionali.

Anche l'indice di vecchiaia presenta indici più elevati dei riferimenti e con un trend in aumento.

Andando ancora ad analizzare la distribuzione della popolazione tra giovane (0-14 anni), attiva (15-64) e anziana (>65) emergono i seguenti valori:

	Giovane		Attiva		Anziana	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Valle Camonica	12,80%	12,66%	63,31%	63,25%	23,89%	24,09%

Lombardia	13,39%	13,25%	63,71%	63,85%	22,90%	22,90%
Italia	12,96%	12,79%	63,81%	63,77%	23,24%	23,44%

Ne emerge una popolazione della Valle Camonica più vecchia rispetto agli altri riferimenti e con un trend tendente all'invecchiamento a discapito sia della fascia attiva che di quella giovane.

Più nello specifico, andando ad analizzare le fasce più sensibili ed in particolare quelle della popolazione Giovane e Anziana nella loro suddivisione per fasce d'età emergono i seguenti valori:

	Popolazione Anziana				
	65-69	70-74	75-79	80-84	>85
Valle Camonica	26%	25%	19%	16%	14%
Lombardia	24%	25%	19%	17%	15%

	Popolazione Giovane			
	0-2	3-4	5-9	10-14
Valle Camonica	16%	13%	33%	38%
Lombardia	17%	12%	34%	37%

La popolazione Anziana cala percentualmente all'aumentare dell'età, con valori comunque non trascurabili nelle fasce più elevate, seppur inferiori al dato regionale.

La popolazione Giovane invece denota il costante calo demografico in atto tanto nella Valle Camonica quanto in Regione Lombardia seppur con un incoraggiante incremento dei nuovi nati rispetto al successivo scaglione 3-4 anni.

Con riferimento alla situazione socio - economica, è da sempre presente una spiccata vocazione turistica che rappresenta una quota consistente del reddito della popolazione ivi residente.

La media e bassa Valle è caratterizzata da una consistente presenza di piccole, medie industrie, votate principalmente all'attività di metalmeccanica e forgiatura, di recupero dei metalli ferrosi e non attraverso impianti di fusione secondaria (siderurgia, fonderia). Ciò comporta la produzione di manufatti dalla materia prima recuperata (stampaggio, pressofusione), all'attività di stampaggio di materie plastiche ed all'attività estrattiva.

Sono inoltre rappresentate le problematiche ambientali tipiche delle cittadine di media grandezza, (traffico e riscaldamento, in Valle soprattutto è in uso la combustione da legna, nonché impianti siderurgici, di stoccaggio provvisorio di rifiuti urbani ed industriali e di attività estrattiva).

Negli ultimi anni si è assistito alla progressiva crisi di settori produttivi, siderurgia e tessile, che avevano rappresentato importanti punti di forza anche dal punto di vista occupazionale e un processo di diffusa esternalizzazione delle attività di trasformazione nei settori del confezionamento e dell'abbigliamento; tale situazione si è aggravata dopo la crisi del 2009.

La chiusura di molte attività, soprattutto siderurgiche ma non solo, ha lasciato in eredità il problema della bonifica delle aree dismesse prevalentemente localizzate sul fondovalle; le relative problematiche sono seguite dagli enti di competenza regionali, provinciali e locali.

Il tessuto produttivo della Vallecamonica è sensibilmente cambiato da quello che ha caratterizzato il nostro territorio per più di mezzo secolo.

La distanza della Valle nel suo complesso dai maggiori centri, aggiunta alla carenza di infrastrutture per la mobilità, ha pesato e pesa sullo sviluppo del sistema produttivo locale e comporta numerosi spostamenti dei lavoratori e delle imprese della Valle con ricadute sullo stile di vita e sui rischi determinati dal traffico veicolare (incidenti stradali, infortuni in itinere, inquinamento da traffico).

Queste criticità riguardano maggiormente i Comuni delle convalli o di media quota in quanto i Comuni di alta quota con attività turistiche, oppure quelli di fondo valle con un tessuto vitale di imprese produttive, presentano minori problemi. Nonostante ciò l'economia della Vallecamonica ha visto in questi ultimi anni lo sviluppo di molte piccole imprese e la nascita di nuove aziende determinando un incremento dell'occupazione fino alla flessione iniziata nel 2009.

L'economia della Valle è caratterizzata dalla presenza di circa 6.000 imprese. Dopo la forte contrazione occupazionale avvenuta nel primo decennio degli anni 2000 la situazione impiegatizia resta fluttuante segnando attorno ai valori occupazionali del 2006.

Negli ultimi anni tuttavia l'entità degli addetti "dichiarati" si discosta dal numero dei lavoratori "realmente occupati" per il ricorso agli ammortizzatori sociali (cassa integrazione, mobilità...) dovuto alla crisi economica. La lettura degli indici infortunistici degli ultimi anni deve pertanto essere fatta alla luce di questo. Tuttavia il territorio mantiene una rilevante esportazione di manodopera, nelle sue forme di pendolarismo ed emigrazione che si riflettono anche "nell'esportazione di infortuni".

Con riferimento allo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica, ci si avvale in questa sede dei dati presentati al Parlamento dal Ministero dell'Interno (con particolare riferimento a: "Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata - anno 2020" e "Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione investigativa antimafia (DIA) - secondo semestre 2021").

Tali dati, relativi alla provincia nel suo complesso, non fanno separata menzione di particolari situazioni o circostanze attinenti l'ordine, la sicurezza pubblica e la criminalità organizzata proprie e peculiari dei territori della Valle Camonica. Nell'elenco delle principali operazioni di polizia si fa menzione di interventi in materia di contrasto di reati connessi principalmente alle sostanze stupefacenti. Sempre con più generale riferimento all'intera provincia, è segnalata, in ragione della radicata presenza di attività industriali ed economiche (che sono, nel territorio di competenza dell'ASST, significativamente meno rilevanti, come sopra evidenziato), la presenza di criminalità organizzata tradizionale, nonché di altre forme delinquenziali (criminalità etnica etc.).

Dalla "Relazione al Parlamento sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata - anno 2020" non si evincono elementi di particolare rilevi ai fini d'interesse del presente piano.

Analisi del contesto esterno (comprensiva della situazione istituzionale a seguito della riforma della L.R. n. 23/2015)

Con la L.R. n. 23/2015 con oggetto “Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al titolo I e II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”, nel suo periodo quinquennale di sperimentazione, ha preso avvio un radicale processo di cambiamento del Sistema Socio Sanitario Lombardo. Infatti, partendo dalla finalità fondamentale della nuova legge, che è quella della “presa in carico del paziente in tutto il suo percorso di cura” promuovendo in particolare l’integrazione dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali, nonché l’appropriatezza clinica, la trasparenza amministrativa, economica ed organizzativa, le Aziende Ospedaliere lombarde sono state ridotte nel numero e trasformate in Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST); anche le Aziende Sanitarie Locali sono state ridotte e rinominate Agenzie di Tutela della Salute (ATS).

Con DGR n. X/4498/2015 del 10.12.2015 è stata formalmente costituita l’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valcamonica, con sede in Breno (BS), Via Nissolina 2. Con decreto n. 1140/2015 dell’allora Direttore Generale della disciolta ASL di Vallecmonica Sebino si provvedeva, per ogni effetto, alla formale presa d’atto della citata deliberazione.

Con la L.R. n. 23/2015 e con successive indicazioni formulate dalla DG Welfare di Regione Lombardia sono stati regolati i rapporti relativi alla fase cd. transitoria. In questa sede può fin d’ora evidenziarsi come l’ASST succeda ex lege nei rapporti della disciolta ASL, salvo che essi vengano diversamente allocati. La normativa vigente ha, in sostanza, affidato all’ASST funzioni di natura erogativa di prestazioni preventive, curative e riabilitative, affidando all’ATS compiti di natura programmatica. Ne risulta che talune funzioni istituzionali già affidate alla disciolta ASL sono ora attribuite all’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della Montagna.

In ragione di tale peculiare situazione (per una completa ricognizione della quale si rimanda alle disposizioni della L.R. n. 23/2015 ed alle normative attuative), possono individuarsi quali referenti istituzionali dell’ASST della Vallecmonica - anche ai fini degli scopi preventivi di cui al presente Piano, di particolare rilievo:

- Regione Lombardia, con particolare riferimento alla DG Welfare, in ragione dell’afferenza dell’ASST al sistema degli enti di Regione Lombardia, con compiti di definizione delle politiche in materia sanitaria e socio-sanitaria;
- ATS della Montagna, nel cui ambito territoriale si colloca l’ASST della Valcamonica, con funzioni di programmazione ai sensi della L.R. n. 23/2015;
- Enti locali (Comuni e provincia di Brescia) e loro forme associative (Comunità Montana di Vallecmonica, Comunità Montana del Sebino Bresciano, Consorzio BIM - Bacino Imbrifero Montano di Vallecmonica), siti nel territorio di competenza dell’ASST, anche in ragione della previsione dell’assemblea dei Sindaci del distretto dell’ASST.

Con riferimento alle funzioni erogative svolte istituzionalmente dell’ASST, l’Azienda opera in un contesto sostanzialmente monopolistico, non essendovi altri operatori sanitari privati contrattualizzati che erogano prestazioni di ricovero e cura. La domanda di prestazioni sanitarie è garantita da una rete di circa 70 medici/pediatri libera scelta, dal Presidio Ospedaliero (comunemente noto come “Ospedale della Valcamonica”) con le sue sedi di Edolo e Esine, il PRESST di Darfo, i poliambulatori di Pisogne, Breno e Cedegolo e da tre piccoli erogatori sanitari accreditati contrattualizzati (che erogano prestazioni di

diagnostica di laboratorio, medicina sportiva e psichiatria). Le prestazioni socio sanitarie sono garantite attraverso una rete di circa 140 erogatori (tra cui 14 RSA).

La circostanza di operare, in ambito sanitario, in situazione di sostanziale monopolio esclude la sussistenza di situazioni di potenziale attività concorrenziale tra l'erogatore pubblico (l'ASST, con il suo Presidio) e operatori privati, con le problematiche che in materia di prevenzione della corruzione ciò comporta. Al contempo l'unicità di cui si è fatto cenno genera una domanda di prestazioni unidirezionalmente indirizzata con effetti in tema di liste di attesa e di esercizio dell'attività libero professionale da parte del personale medico.

Il rilievo del Presidio quale unico riferimento per il territorio camuno è altresì motivo dell'instaurazione di rapporti di collaborazione in ambito sanitario con altre aziende del servizio sanitario regionale. Considerato che le due sedi del Presidio Ospedaliero non posseggono le risorse e le competenze per alcune specialità di II e III livello, per motivi di contiguità geografica e di afferenza della popolazione, l'ASST degli Spedali Civili, con il suo Presidio di Brescia è stato individuato da tempo come il centro di riferimento, in una visione "hub&spoke" che la ASST della Valcamonica intende confermare e ulteriormente sviluppare. E' altresì negli obiettivi strategici l'ulteriore sviluppo di accordi di collaborazione con la ASST di Bergamo Est e, per continuità geografica, il rafforzamento delle forme di sinergia con la ASST della Franciacorta, anche attraverso l'implementazione del dipartimento interaziendale dei servizi, così come era previsto dal POAS. La pluralità di questi rapporti, che si sostanziano nell'integrazione di attività direttamente organizzate dell'ASST con altre assicurate da altri enti, rende l'organizzazione e la gestione delle attività cliniche più articolata.

Come sopra riferito, l'entrata in vigore della Legge regionale n. 23 del 2015 ha dato il via all'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo con l'obiettivo di spostare l'asse di cura dall'ospedale al territorio attraverso: maggiore integrazione tra gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali, la messa a sistema di interventi per la presa in carico e la continuità assistenziale delle cronicità e delle fragilità e la separazione delle funzioni di programmazione, erogazione e controllo.

L'elemento fortemente innovativo riguarda la volontà di operare un cambio di paradigma evolvendo da un sistema centrato sull'offerta verso un sistema approvativo orientato alla presa in carico di fasce diverse di utenza in relazione ai rispettivi bisogni di cura e assistenza, finalizzato a migliorare l'accessibilità ai servizi e ad assicurare la gestione integrata dell'intero percorso del paziente.

Gli obiettivi strategici del governo dell'offerta dei servizi sono: l'introduzione di nuovi modelli di presa in carico del paziente cronico e fragile per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, incentrati sulla partecipazione del sistema delle cure primarie e delle unità di offerte sociosanitarie alla presa in carico della persona fragile e cronica; il principio dell'integrazione fra le componenti sanitaria e sociale.

Quest'importante modifica all'assetto sanitario lombardo ha avuto notevoli ricadute sull'ASST Valcamonica, la quale ha dovuto provvedere alle sopravvenute esigenze territoriali oltre che ad integrare le stesse con la realtà ospedaliera.

Nel corso dell'anno 2020 si è concluso il periodo di sperimentazione della L.R. n. 23/2015 al termine del quale l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, con una propria approfondita nota dal titolo "La riforma del Sistema Socio sanitario Lombardo (L.R. n. 23/2015)" (prot. 2020/7526 del 16.12.2020) ha prodotto una proposta di riforma del

sistema socio-sanitario lombardo attraverso talune prescrizioni volte garantire al sistema una capacità di risposta efficiente e coerente con le esigenze socio sanitarie della popolazione di riferimento.

In esito alle predette proposte con L.R. 14 dicembre 2021, n. 22 “Modifiche al titolo I e al titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia sanitaria)”, Regione Lombardia ha proceduto alla riforma del sistema delineato con la L.R. n. 23/2015 con la precipua finalità di potenziare il servizio sanitario regionale ed in particolare la medicina territoriale, la prevenzione e l’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), istituendo Distretti, Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Con l’occasione e nel rispetto delle indicazioni di Agenas la Regione ha proceduto anche a precisare le competenze dei diversi attori (ATS, ASST, Assessorato e Direzione generale).

I Distretti, che avranno al vertice un direttore, comprendono una popolazione non inferiore a cento mila abitanti e avranno il compito di “valutare il bisogno locale, fare programmazione e realizzare l’integrazione dei professionisti sanitari (medici di medicina generale, pediatri, specialisti ambulatoriali, infermieri e assistenti sociali). Il distretto sarà una “sede fisica” in cui saranno allocate le strutture previste dal PNRR: Ospedali di Comunità, Case di Comunità e Centrali Operative Territoriali.

L’Ospedale di Comunità è la struttura sanitaria della rete territoriale che si occuperà di ricoveri brevi e di pazienti con necessità di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica. Sarà dotato di 20 posti letto, massimo 40, e avrà una gestione prevalentemente infermieristica.

Le Case di Comunità, in cui opereranno team multidisciplinari, saranno punto d’accesso privilegiato alle prestazioni sanitarie e punto di riferimento per i malati cronici. In esse è prevista la presenza del servizio sociale professionale, della psicologa e del consultorio familiare.

Presso le Case di Comunità vengono istituiti anche gli ambulatori territoriali, destinati ai medici di medicina generale, cui potranno essere riconosciuti dei fondi per l’acquisto di strumenti per la diagnostica.

Le Centrali Operative Territoriali, una per ogni distretto, dovranno coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e si avvarranno di tutte le attività di telemedicina e medicina digitale: televisita, teleconsulto e telemonitoraggio.

Con DGR n. XI/5723 del 15 dicembre 2021 “Ulteriori determinazioni in merito all’attuazione del PNRR-Missione 6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale - localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali”, si è deciso di istituire, nel territorio di Regione Lombardia, 218 Case di Comunità, 71 Ospedali di Comunità e 101 Centrali Operative Territoriali e in quello dell’ATS della Montagna, 18 Case di Comunità, 7 Ospedali di Comunità e 2 Centrali Operative Territoriali. In particolare, per il territorio dell’ASST della Valcamonica, si è decisa l’istituzione di 8 Case di Comunità (a Ponte di Legno, Edolo, Cedegolo, Breno, Berzo Inferiore, Ossimo, Darfo Boario Terme e Pisogne), 2 Ospedali di Comunità (a Edolo e Esine) e 1 Centrale Operativa Territoriale (a Breno).

Analisi del contesto interno

La circostanza dell'attuazione della L.R. n. 23/2015 determina significative modifiche anche per quanto concerne il contesto interno dell'ASST.

La stessa Legge Regionale e la normativa attuativa hanno stabilito che, nel corso degli anni 2016 e 2017, venissero adottate le necessarie misure organizzative per dotare la nuova Azienda dei documenti di natura programmatica necessari (Piano di organizzazione, fabbisogno di personale, assegnazioni di bilancio etc.). Nel concreto nel corso del 2016 si è provveduto alla parziale riallocazione di personale, dapprima transitato presso l'ATS e poi nuovamente trasferito presso l'ASST. Ciò contestualmente alla scelta di affidare talune funzioni, in particolare a partire dal 2017, all'ASST, con specifico riferimento al tema della medicina legale e certificativa (es. medicina legale e necroscopica, vaccinazioni etc.). Risulta necessariamente da tale circostanza il fatto che si tratta di un'organizzazione e di un sistema non ancora completamente "assestato" ma "in divenire", non potendosi ritenere concluso l'iter di riforma.

Si rappresenta che la L.R. n. 23/2015, relativamente all'ambito della Valcamonica, stabilisce che all'ASL di Vallecamonica-Sebino, precedentemente unica in Regione Lombardia a gestire anche un Presidio Ospedaliero, succeda l'ASST della Valcamonica, inserita nell'ambito della Provincia di Brescia ma collocata nella ATS della Montagna. La medesima Legge Regionale stabilisce che l'ATS della Montagna, che ricomprende nel suo ambito territoriale anche l'ASST della Valtellina e dell'Alto Lario, abbia la possibilità di sperimentare assetti organizzativi e gestionali diversi dalle altre ATS lombarde in ragione della specifica collocazione in ambito montano, svantaggiato, del proprio territorio.

Di più, la L.R. n. 23/2015 innova profondamente l'assetto organizzativo sanitario la quale in quanto, mantenendo i precedenti principi ispiratori - tra cui l'accentuazione della libera scelta del cittadino - associa il territorio all'ospedale e chiede alle ASST di introdurre delle nuove modalità di erogazione dei servizi sanitari ispirati al concetto della presa in carico complessiva dei cittadini-pazienti con particolare riferimento alle persone con patologie croniche. L'ASST della Valcamonica, in riferimento a queste istanze, presenta caratteristiche peculiari: l'erogatore pubblico è sostanzialmente monopolista e ciò condiziona sia il rapporto con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sia con gli altri erogatori dell'ambito Socio Sanitario e Sociale e con la Rete Sociale. Nel piano di organizzazione aziendale, il Presidio Ospedaliero, strutturato nelle due sedi di Esine e di Edolo, si integra con la rete territoriale che, adeguatamente organizzata, costituisce lo strumento per assicurare la continuità assistenziale verso l'ambito territoriale.

Si segnala altresì che la L.R. n. 23/2015 è stata oggetto, ad opera della L.R. n. 15/2018, di talune modifiche che, per quanto qui d'interesse, assumono particolare rilievo con riferimento all'ASST della Valcamonica. Nello specifico, la nuova formulazione dell'art. 7, comma 19, L.R. n. 23/2015 prevede la possibilità che la Giunta Regionale attribuisca alle ASST afferenti all'ATS della Montagna ulteriori competenze, ordinariamente spettanti alle ATS. Si tratta di: igiene e prevenzione sanitaria, cure primarie, sanità veterinaria e sicurezza degli alimenti di origine animale e programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali.

Come sopra riferito, nell'ambito dell'analisi del contesto esterno, la L.R. 14 dicembre 2021, n. 22 ha apportato importanti modifiche alla L.R. n. 33/2009, la cui attuazione ha preso avvio nel 2022 e continuerà anche nel corso del 2023, con l'attribuzione di nuove competenze e nuovi assetti per l'ASST, esigendo quindi un aggiornamento del PTPCT

(Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO).

Il legislatore regionale, oltre a richiedere che le Aziende Sanitarie siano guidate con criteri di managerialità, al fine di garantire che l'erogazione dei servizi per i cittadini previsti nei livelli essenziali di assistenza avvenga secondo criteri di efficacia e di efficienza, ha previsto che le Aziende Socio Sanitarie Territoriali adeguino la loro organizzazione alla luce della riforma apportata dalla L.R. n. 22/2021 alla L.R. n. 33/2009, con particolare riguardo alla rinnovata articolazione di ciascuna ASST in un "Polo Ospedaliero" e in un "Polo Territoriale", anche per rispondere più efficacemente ai bisogni di prevenzione, cura e riabilitazione secondo l'approccio "One Health".

È di tutta evidenza infatti che il nuovo modello definito dalla Regione per rafforzare la rete erogativa di prestazioni sul territorio inciderà notevolmente sull'assetto organizzativo interno. La suddivisione del Polo Territoriale in Distretti vedrà l'Azienda impegnata nella realizzazione delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative territoriali, mentre la previsione di un nuovo Dipartimento (Cure Primarie) obbligherà l'Azienda ad adeguare il proprio assetto organizzativo al nuovo modello di gestione dei servizi socio sanitari, e ciò in particolare per le funzioni attribuite al Dipartimento di Cure primarie fino ad ora non gestite.

Il contesto interno è quindi in continua evoluzione, anche perché il quadro programmatico regionale potrebbe essere modificato a seguito della definizione delle effettive disponibilità delle quote derivanti dal PNRR.

A seguito dell'emanazione della Legge Regionale n. 22/2021, l'ASST della Valcamonica ha provveduto a redigere un nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) (di modifica al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico approvato con DGR n. X/6298/2017 del 06.03.2017) secondo gli indirizzi formulati nelle Linee Guida dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici approvate con DGR n. XI/6278 del 11.04.2022 e dalle indicazioni regionali in materia.

Tale Piano è stato approvato con decreto n. 374/2022 e recepito da Regione Lombardia con DGR n. XI/6800/2022 del 02.08.2022, concernente "Approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valcamonica, ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, comma 4, della legge regionale n. 33 del 30.12.2009 e s.m.i., come modificata con Legge Regionale n. 22 del 14.12.2021". Con decreto n. 534/2022 si è provveduto alla presa d'atto a livello aziendale della menzionata DGR.

Il nuovo POAS è pubblicato nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente", al link

<http://dati.comuniweb.voli.bs.it/repository/get.aspx?file=9X%2fcDRbLaPR9NDfgwbwLysnNACML3r1m>

La struttura organizzativa dell'Azienda si articola in Dipartimenti (gestionali e funzionali, aziendali e interaziendali), Strutture Complesse (SC), Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) Strutture Semplici (SS), Distretto, Strutture Distrettuali (SD), Aree, Settori, Unità organizzative e Uffici.

La descrizione dell'assetto organizzativo in vigore e l'organigramma sono aggiornati e pubblicati sul sito aziendale nell'Area Amministrazione trasparente, Sezione "Organizzazione" - sottosezione "Articolazione degli uffici".

L'assetto organizzativo individua il sistema di responsabilità correlato alle diverse funzioni attribuite e consente di esaminare l'attività svolta dall'Azienda al fine di individuare

aree potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Gli organigrammi della Direzione Generale, Amministrativa Sanitaria e Socio sanitaria in vigore sono pubblicati sito aziendale nell'Area Amministrazione trasparente, Sezione "Personale" - sottosezione "Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice".

Si segnala, per l'evidente rilievo della tematica, che il modello organizzativo non prevede organi qualificabili, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, "di indirizzo", dovendosi ritenere le funzioni di generale fissazione delle linee in materia di politica sanitaria e socio sanitaria affidata a Regione Lombardia.

Sono organi amministrativi di vertice i soggetti nominati ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e della L.R. n. 33/2009 il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Direttore Socio Sanitario.

A partire dal 01.01.2019, in esecuzione della DGR n. XI/1085/2018 è, ad ogni effetto, formalmente insediato il Dr. Maurizio Galavotti quale Direttore Generale. L'incarico di Direttore Generale è conferito per un quinquennio, salve le specifiche ipotesi previste dalla DGR di nomina.

Al termine delle procedure per la formazione dei nuovi elenchi, il Direttore Generale, dopo un periodo di provvisoria proroga dei direttori in carica (salve ipotesi di cessazione anticipata), ha nominato i componenti della direzione Strategica. Con decreto n. 142/2019 è stato nominato Direttore Amministrativo il Dott. Guido Avaldi, con decreto n. 143/2019 è stata designata quale Direttore Sanitario la Dr.ssa Roberta Chiesa e con decreto n. 144/2019 è stato nominato l'Ing. Maurizio Morlotti quale Direttore Socio Sanitario. Tali mandati sono conferiti dal 15.02.2019 al 31.12.2023, fatte salve le eventuali cause di risoluzione anticipata del contratto nei casi previsti dalle norme vigenti o dal contratto di prestazione d'opera intellettuale.

Le risorse umane in forza presso l'ASST possono essere compendiate come dal prospetto di seguito presentato (rilevazione per teste al 31.12.2022).

	Dotazione Organica
Pers. Infermieristico	504
Pers. Tecnico Sanitario	83
Pers. Riabilitazione	47
Pers. Vigilanza/Ispezione	11
Ota/Oss	179
Assistenti Sociali	17
Pers. Tecnico non Sanitario	74
Pers. Amministrativo	124
Ausiliari	9
Totale Comparto	1048
Dirigenti Medici	169
Dirigenti Sanitari	15
Dirigenti delle Professioni Sanitarie	1
Dirigenti Amministrativi	5

Dirigenti Prof.li/Tecnici	5
Totale Dirigenza	195
Totale	1243

La preponderante funzione erogativa svolta presso il Presidio ospedaliero, sede di Esine e sede di Edolo, è motivo sia della evidente predominanza numerica del personale infermieristico (tra il personale del comparto) e di quello della dirigenza medica (tra il personale delle aree dirigenziali) sia della circostanza che la sede operativa dell'assoluta maggioranza del personale dell'ASST non corrisponde con la sede legale dell'ente, ma coincide con i due nosocomi in cui è strutturato il Presidio.

Al contrario, con l'eccezione delle funzioni di diretto supporto ai compiti sanitari, l'apparato amministrativo ha consistenza strutturale in Breno, dove svolge i suoi compiti la Direzione strategica.

Si osserva dunque una presenza di risorse amministrative di supporto (quantificabili intorno al 10% dell'intera dotazione di personale) considerate dalla stessa Direzione strategica insufficienti a garantire con il necessario approfondimento le attività e i procedimenti amministrativi e/o tecnici e, più in generale, di supporto. Ne deriva, per quanto qui d'interesse, un sovraccarico amministrativo che fa sì che le attività preventive della corruzione (analisi dei rischi, adozione di misure preventive, reporting periodici, riesame etc.) ulteriormente impattino sul funzionamento dell'intera organizzazione.

Al fine di rappresentare la dimensione dall'Azienda e la sua rilevanza a livello territoriale si illustrano di seguito i volumi di attività erogati e la dotazione di posti letto.

Si segnala che l'ASST è in attesa di determinazione di Regione Lombardia per quanto il Piano triennale dei fabbisogni di personale 2023-2025.

Produzione per ricoveri - anni 2021 e 2022

Produzione	2021	2022
Residenti	€ 24.855.002	€ 25.120.461
Mobilità attiva	€ 6.221.800	€ 6.861.371
Totale	€ 31.076.802	€ 31.981.832

Produzione specialistica - anni 2021 e 2022

Produzione	2021	2022
Residenti	€ 18.048.330	€ 17.747.107
Mobilità attiva	€ 2.608.081	€ 2.907.543
Totale	€ 20.656.249	€ 20.654.650

Posti letto accreditati ad oggi (ultima modifica 06.12.2022)

REPARTO	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH	POSTI TECNICI
Cardiologia	19	1	0
Chirurgia Generale Edolo	13	0	1
Chirurgia Generale Esine	24	1	1



Cure Palliative	0	0	8
Cure Sub Acute Esine	0	0	9
Cure Sub Acute Edolo	0	0	5
Ginecologia e Ostetricia	21	0	2
Medicina Interna Edolo	22	0	0
Medicina Generale Esine	49	1	8
Neurologia	6	0	0
Nido	0	0	10
Oculistica	1	0	1
ORL	10	0	0
Ortopedia e Traumatologia Edolo	13	0	1
Ortopedia e Traumatologia Esine	30	0	2
Pediatria	17	1	1
Pneumologia	19	1	1
Psichiatria	10	0	0
Riabilitazione Generale e Geriatrica Edolo	13	1	1
Riabilitazione Specialistica Esine	27	0	0
Rianimazione	6	0	0
UTIC	6	0	0
Urologia	6	0	0
Totale	312	6	51

Posti letto attivati

REPARTO	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH	POSTI TECNICI
Cardiologia	19	1	0
Chirurgia Generale Edolo	13	0	1
Chirurgia Generale Esine	13	1	1
Cure Palliative	0	0	8
Cure Sub Acute Esine	0	0	9
Cure Sub Acute Edolo	0	0	5
Ginecologia e Ostetricia	21	0	2
Medicina Interna Edolo	22	0	0
Medicina Generale Esine	42	1	8
Neurologia	6	0	0

Nido	0	0	10
Oculistica	1	0	1
ORL	10	0	0
Ortopedia e Traumatologia Edolo	13	0	1
Ortopedia e Traumatologia Esine	30	0	2
Pediatria	17	1	1
Pneumologia	19	1	1
Psichiatria	10	0	0
Riabilitazione Generale e Geriatrica Edolo	13	1	1
Riabilitazione Specialistica Esine	27	0	0
Rianimazione	6	0	0
UTIC	6	0	0
Urologia	6	0	0
Totale	294	6	51

Riepilogo attività anno 2022

TOTALE	2022 (*)
posti letto ordinari + dh (attivati)	300**
gg degenza (ricoveri ordinari + dh)	73.882
peso medio ricoveri ordinari	1,042
numero interventi chirurgici	5.855
di cui esterni	2.063
totale procedure chirurgiche	8.242

(*) proiezione

(**) i posti letto sono considerati al netto delle conversioni per COVID

Appare evidente come i dati sopra riportati vadano letti anche alla luce del radicale mutamento organizzativo resosi necessario per fronteggiare l'infezione pandemica.

Infatti, la necessità di garantire una adeguata assistenza ai pazienti contagiati dal virus ha drenato e tutt'ora distoglie risorse dall'ordinaria attività di produzione con conseguenti ricadute in termini di produzione ordinariamente intesa.

Anche in tale ottica va quindi analizzato il dato della produzione e della mobilità attiva che hanno subito un calo fisiologicamente determinato dalla situazione di assoluta eccezionalità dovuta alla pandemia, così come, parimenti, la descrizione dei posti letto accreditati non tiene conto delle contingenti e temporanee assegnazioni ai provvisori "reparti covid" creati al fine di garantire una separazione dei pazienti positivi da quelli negativi.

La “mappatura” dei processi

L'aspetto principale e più importante dell'analisi del contesto interno è la mappatura dei processi, consistente nell'individuazione e nell'analisi di tutti i processi organizzativi dell'Azienda. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'Azienda 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. In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

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.

L'allegato 1 del PNA 2019 ha indicato l'elenco delle principali aree di rischio (intese come raggruppamenti omogenei di processi) suddivise tra amministrazioni ed enti interessati. Le aree di rischio possono essere infatti distinte in generali e specifiche. Quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte (es. Aziende del SSN).

L'attività di aggiornamento del percorso di trattamento del rischio, secondo gli indirizzi formulati dal PNA 2019, ha trovato declinazione nell'ambito del PTPCT 2021-2023. Esso, per la tematica in questione, si è mosso secondo due direttrici:

- analisi e valutazione del rischio proposti secondo le modalità già in essere nei precedenti Piani aziendali, onde assicurare, secondo un principio di continuità, la garanzia di un complessivo sistema di natura preventivo che, ancorché passibile di migliorie, può ritenersi caratterizzato da efficacia;

- puntuale programmazione della declinazione, a livello aziendale, delle indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi di cui all'allegato 1 al PNA 2019, onde consentire, entro il termine dell'anno 2021, di disporre di ogni elemento utile per la nuova modalità di valutazione e trattamento del rischio.

Con decreto n. 552/2021 sono state adottate specifiche determinazioni in ordine alle modalità di aggiornamento dell'analisi e del trattamento dei rischi di cui al Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT), in attuazione dell'Allegato 1 “Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi” del Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (Deliberazione ANAC n. 1064/2021). Con detto atto sono stati formalizzati, anche a parziale innovazione di quanto statuito con decreto n. 33/2021, gli strumenti operativi per consentire al RPCT e a tutte le articolazioni aziendali di provvedere agli adempimenti di competenza.

In particolare, ad esito di approfondimento con le diverse articolazioni aziendali, con particolare riferimento all'Ufficio qualità, e con la Direzione, è risultato opportuno che le attività di mappatura ed analisi dei rischi previsti dalle diverse norme vigenti siano, per quanto possibile, coordinate, al fine di una maggiore intelleggibilità delle iniziative intraprese e di una efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa.

Pertanto l'Ufficio Qualità, congiuntamente con il RPCT, ha predisposto idoneo strumento operativo (M IA 003 - “Mappatura rischi anticorruzione”) che compendia le

iniziative da adottarsi nell'ambito dell'analisi del rischio di cui alle finalità di prevenzione della corruzione con taluni adempimenti in materia di internal auditing. Detto modello consente, anche muovendo da mappature già in essere a livello aziendale per altri scopi, di individuare, descrivere e rappresentare i processi, di rilevarne il connesso rischio (secondo i criteri di probabilità e impatto di cui al PNA 2019, con la precisazione che, nell'ottica di semplificazione, viene rappresentato per ciascun item il rischio di grado più elevato ferma restando la complessiva valutazione sul punto), di prevedere le misure di prevenzione/trattamento necessarie (con dettaglio della loro periodicità e delle modalità di monitoraggio), consentendo, anche in sede di successive verifiche, le attività di rivalutazione.

Conformemente a tale programmazione, nel corso dell'anno 2021, è stata svolta una complessiva rivisitazione dell'analisi del rischio e delle connesse misure di trattamento. Ancorché essa non possa dirsi certamente esaustiva, ma passibile di ulteriori approfondimenti ed implementazioni, essa costituisce una organica e sistematica analisi dei processi aziendali sotto il profilo della prevenzione della corruzione, congiunta alla definizione delle modalità di trattamento e mitigazione del rischio. L'attività delle diverse articolazioni aziendali, a cui è rimessa responsabilità sul punto, si è sviluppata sotto il coordinamento del RPCT e con l'insostituibile supporto dell'Ufficio qualità.

Le risultanze di detta analisi, sostitutive di quelle fino al 2021 vigenti, sono compendiate nell'allegato al presente Piano. Poiché il formato tabellare risulterebbe difficilmente intellegibile è stato separato in due parti: la prima che contiene l'analisi di ciascun processo e dei connessi rischi, con la conseguente graduazione; la seconda con il dettaglio delle misure preventive connesse. È poi aggiunto una terza parte che contiene le misure trasversali ritenute applicabili a mitigazione generale dei fenomeni di *mal administration*.

Si segnala che, accanto alle misure preventive collegate a rischi specifici, il PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO) conserva, nel proseguo della trattazione, misure ulteriori che gravano sulle diverse articolazioni aziendali, indipendentemente dall'analisi tabellare dei rischi effettuata.

Segue, nei prossimi paragrafi, per quando concerne le aree di competenza di tutte le amministrazioni e quelle specifiche per le Aziende del SSN, l'analisi condotta dall'ASST della Valcamonica rispetto a talune aree di interesse.

Aree di rischio - introduzione

Con riferimento alle aree di rischio generali, il PNA individua quelle relative a:

- a) provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi/con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- b) contratti pubblici;
- c) acquisizione e gestione del personale;
- d) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- e) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- f) incarichi e nomine;
- g) affari legali e contenzioso.

Esse formano oggetto di approfondimento nell'allegata analisi del rischio in formato tabellare. Si segnala che le funzioni tipicamente erogative affidate dalla L.R. n. 23/2015 alle ASST (e dunque anche all'ASST della Valcamonica) tendono a escludere la rilevanza dell'area di cui alla lettera e), essendo le funzioni di controllo, verifica, ispezione e sanzione già svolte dalla disciolta ASL di Vallecmonica-Sebino istituzionalmente affidate all'ATS della Montagna.

Di seguito alcuni approfondimenti in ordine a talune delle aree sopra menzionate, integrative e/o esplicative dell'analisi del rischio in formato tabellare.

Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 - affari legali e contenzioso

Tra le aree di rischio "generali" previste dell'Aggiornamento al PNA 2019, si fa riferimento a quella relativa agli affari legali e contenzioso. In particolare è di rilievo l'ambito del conferimento degli incarichi di difesa dell'Azienda a legali esterni. Il carattere fiduciario degli stessi può, in via teorica, consentire scelte discrezionali dirette a favorire taluni professionisti, indipendentemente dalla qualificazione professionale e dall'esperienza. Fermo restando la natura prettamente fiduciaria della rappresentanza di giudizio, si considera misura preventiva generale in materia la predisposizione di elenchi di idonei al conferimento di incarichi a cui attingere, settorialmente distinti in ragione della materia da trattare. È altresì previsto un flusso informativo riepilogativo dei soggetti idonei e di quelli incaricati nel corso dell'anno, onde verificare il rispetto delle scelte nell'ambito dei soggetti idonei (o di eventuali motivate deroghe) e della frequenza di incarichi ai medesimi professionisti.

ANAC, con proprie Linee guida ("Linee guida n. 12 Affidamento dei servizi legali"), ha dato attuazione, con scelta dagli indiscussi effetti preventivi della corruzione, alle disposizioni del D.Lgs. n. 50/2016: riconducendo a fattispecie limitate le ipotesi in cui l'attività legale forma oggetto di incarico ex art. 7 D.Lgs. n. 165/2001 e non di affidamento di servizio, ha sostanzialmente esteso in maniera significativa le garanzie procedurali delle procedure per la scelta del contraente anche al settore legale.

Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 - I “contratti pubblici”

Si evidenzia che all'interno dell'ASST della Valcamonica la SC Gestione Acquisti (Provveditorato-Economato) non è l'unica struttura che si occupa di contratti pubblici.

Infatti, al fine di meglio ottimizzare la gestione delle attività di gare, le stesse sono eseguite anche ai Sistemi Informativi Aziendali, dall'Ufficio Tecnico e dal Servizio di Ingegneria Clinica, per le aree di competenza.

Nel corso del 2022 è stato tuttavia riorganizzato il processo di acquisto del materiale gestito dalla SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale con trasferimento a far data dal 01.06.2022 del ruolo di RUP per le procedure di beni e servizi di loro competenza, passata in carico ad un Dirigente presente presso la SC Gestione Acquisti. Questo ha comportato che tutte le attività amministrative e i relativi adempimenti anche in materia di prevenzione alla corruzione e trasparenza vengono adempiuti dalla SC Gestione Acquisti anche per tutti i contratti la cui esecuzione è effettuata dalla SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale.

Nello specifico compete alla SC Gestione Acquisti la responsabilità della predisposizione degli atti di gara, adotta le determine o propone i decreti necessari per la gestione della procedura di acquisto, gestisce le fasi della procedura di gara; procede al c.d. stacco dei CIG in qualità di RUP; assolve agli adempimenti anticorruzione; assolve agli adempimenti per l'“Osservatorio OO.PP.”; assolve agli adempimenti di pubblicazione/trasparenza e agli adempimenti legati alla L. n. 190/2012; redige i contratti fino alla soglia comunitaria; esegue i controlli ai sensi dell'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016.

Alla SC Farmacia Ospedaliera e Territoriale restano in carico la responsabilità di contribuire alla definizione del programma acquisiti in ordine ai materiali gestiti, la responsabilità nella gestione dei budget (conti economici) del materiale gestito, la responsabilità della rendicontazioni periodiche per certificazioni trimestrali e bilanci del materiale gestito, collabora con la SC Gestione Acquisti nella predisposizione degli atti di gara per le parti di natura tecnica, effettua le prove e le valutazioni di idoneità o di comparazione sui prodotti/servizi, controlla la regolare esecuzione dei contratti di cui è DEC, gestisce in totale autonomia gli ordini in economia.

Resta separata la gestione dei contratti di competenza con emissione di propri ordini di acquisto, il caricamento dei propri documenti di transito (DDT), il controllo delle proprie fatture e la predisposizione delle operazioni necessarie per la liquidazione.

Per quanto si cerchi di uniformare le metodologie per l'esperimento delle procedure, tale aspetto rappresenta ancora un ambito di miglioramento a cui si deve puntare. In virtù di ciò si sottolinea che tutti gli obblighi in capo alla SC Gestione Acquisti devono essere adempiuti anche dalle altre strutture che svolgono le stesse attività, con particolare rilievo alla rendicontazione di quanto di seguito esposto al RPCT.

Si osserva che le procedure di scelta del contraente attivate da quest'ASST sono svolte, in un gran numero di casi, in forma aggregata con altre aziende del SSR o attraverso centrali di committenza (SINTEL o ARIA).

La parziale residualità che assume lo svolgimento di procedure di gara per lavori, servizi e forniture in forma autonoma spinge, in questa fase di redazione del PTPCT a riservare specifica attenzione alla fase esecutiva, in senso lato intesa, ricomprendendo in detto concetto i subprocedimenti (così come descritti nell'aggiornamento al PNA 2015) di “verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto”, di “esecuzione del contratto” e di “rendicontazione del contratto”. In tali fasi pare residuare maggior spazio di discrezionalità,

anche per la pluralità dei soggetti chiamati a partecipare all'attuazione del rapporto contrattuale (Unità operative destinatarie di beni, servizi e lavori, subappaltatori, DEC, RUP etc.).

Nella direzione di un contenimento del rischio s'inserisce la vigenza a livello aziendale di uno specifico regolamento circa la disciplina e le competenze del RUP e del DEC nel contratto di fornitura di beni e servizi, già adottato dalla disciolta ASL di Vallecamonica Sebino con decreto n. 807/2015.

Nel corso del 2018, anche in esito a fatti di cronaca di rilievo nazionale, è stata rafforzata l'attenzione alla tematica dell'acquisto di beni infungibili. Il Collegio Sindacale ha formulato il suggerimento di formalizzare, anche recependo le pratiche già in essere, specifiche procedure volte a regolamentare l'acquisto di tali tipologie di beni. L'RPCT ha sollecitato le strutture aziendali competenti a provvedere all'adempimento dell'indicazione pervenuta. Nel corso del 2019 Regione Lombardia ha predisposto ed emanato un apposito modulo da utilizzare in merito alle richieste di infungibilità da parte dei clinici per importi al di sopra dei € 40.000,00, mentre sotto tale soglia è stato predisposto un modello aziendale.

Si segnala che, nel corso del 2020, è stato adottato, all'esito di un significativo approfondimento, il regolamento relativo all'acquisto di beni e servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria di cui all'art. 35 del D.Lgs. n. 50/2016 (decreto n. 347/2020).

Nell'ambito degli appalti in sanità, l'esigenza di affrontare in modo sistemico e strategico le situazioni di conflitti di interesse appare maggiormente sentita a causa delle caratteristiche strutturali di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi presenti nell'organizzazione sanitaria con specifico riferimento al settore degli acquisti, generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati. Nello specifico contesto dell'ASST l'esigenza è altresì rafforzata dalle limitate dimensioni della stessa nonché da fenomeni di potenziale "prossimità" (in un territorio di limitate dimensioni e dalla contenuta popolazione) tra i soggetti decisori e gli operatori economici. Si ritiene pertanto strategica la verifica dell'utilizzo di procedure dirette alla redazione, alla raccolta e all'aggiornamento delle dichiarazioni di assenza di conflitti d'interesse.

Il presente Piano formalizza altresì flussi informativi verso il RPCT e, eventualmente, verso il Collegio Sindacale relativi a situazioni potenzialmente idonee a costituire il presupposto per fenomeni di rilievo corruttivo, quali:

- proroghe/contratti ponte, con evidenza della ragione giustificativa;
- individuazione di appaltatori in soggetti già affidatari di precedente appalto;
- scostamenti tra gli importi contrattuali e gli importi corrisposti all'appaltatore, con idonea motivazione.

Nella medesima direzione s'inserisce la scelta di pubblicare:

- l'aggiornamento della programmazione annuale dell'attività contrattuale in corso d'anno con cadenza periodica;
- acquisizioni realizzate in autonomia dalla stazione appaltante, a prescindere dagli importi.

Per i beni e servizi che non rientrano per categoria e per importo nell'ambito di applicazione del DPCM 24 dicembre 2015 (in attuazione dell'art. 9, comma 3, del D.L. n. 66/2014), è programmato l'inserimento nel provvedimento autorizzativo della espressa indicazione che il bene o servizio acquistato «non rientra tra le categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal DPCM di cui all'art. 9, comma 3, del D.L. n.

66/2014 e s.m.i. e relativi indirizzi applicativi».

Si ritiene costituisca iniziativa preventiva di natura generale la più ampia applicazione delle misure di trasparenza previste dalla vigente normativa, come interpretata da ANAC.

La possibilità di un controllo generalizzato, attraverso i dati e le informazioni rese pubbliche attraverso l'ostensione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet aziendale, spinge ad assicurare, compatibilmente con le risorse tecnico - informative, la pubblicazione dei dati e degli atti di cui all'art. 29 del D.Lgs. n. 50/2016 relative a tutte le procedure di scelta del contraente. Dal 2017 è stato implementato idoneo applicativo che consente ai singoli uffici di pubblicare i dati relativi ad ogni procedura.

Si conferma che l'Azienda ha provveduto, con decreto n. 5/2016, alla nomina del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RSA), individuato nell'Ing. Francesco Mazzoli.

Fideiussioni

A partire dall'anno 2022 sono state disciplinate le modalità operative utili alla corretta gestione dei controlli da effettuare sulle "garanzie definitive" prestate ai sensi dell'art. 103 del D.Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii dagli operatori economici aggiudicatari a garanzia della corretta esecuzione dei contratti d'appalto per la fornitura di beni e servizi e lavori, anche al fine di prevenire rischi connessi all'accettazione di garanzie rilasciate da operatori non affidabili, che possono comportare difficoltà al momento dell'escussione.

La cauzione è prestata a garanzia dell'adempimento di tutte le obbligazioni del contratto e del risarcimento dei danni derivanti dall'eventuale inadempimento delle obbligazioni stesse, nonché a garanzia del rimborso delle somme pagate in più all'esecutore rispetto alle risultanze della liquidazione finale, salva comunque la risarcibilità del maggior danno verso l'appaltatore.

L'attività di rilascio delle garanzie rientra tra quelle "riservate" ed è soggetta a disposizioni legislative specifiche che ne disciplinano i requisiti, a seconda che si tratti di intermediari bancari e finanziari o compagnie assicurative, e l'ambito di operatività.

Le attività di controllo svolte da ciascuna unità operativa che svolge gara d'appalto consistono nella: verifica adeguatezza dell'importo e della durata del periodo di copertura ai sensi dell'art. 103 del D.Lgs. n. 50/2016; verifica presenza condizioni di cui all'art. 103, comma 4, D.Lgs. n. 50/2016 (espressa rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale; rinuncia all'eccezione di cui all'art. 1957, secondo comma, del codice civile; operatività della garanzia medesima entro quindici giorni, a semplice richiesta scritta della stazione appaltante); verifica dell'idoneità soggetto rilasciante ai sensi dell'art. 93, comma 3, del D.Lgs. n. 50/2016 mediante consultazione siti dedicati; verifica del permanere della coerenza dell'importo e della durata del periodo di copertura in funzione di eventuali opzioni temporali e/o economiche intervenute; verifica del permanere della idoneità del soggetto rilasciante ai sensi dell'art. 93, comma 3, del D.Lgs. n. 50/2016 mediante consultazione siti dedicati.

Gli esiti dei controlli vengono riportati in un apposito registro e a fine di ciascun anno viene inviata al RPCT una relazione illustrativa.

A maggior sostegno dell'attività è stata redatta una scheda a livello aziendale con le "modalità operative per l'organizzazione delle verifiche delle garanzie finanziarie presentate in sede di gara" (S DA 002) e relativo registro di controllo delle garanzie definitive (M DA 008).

Clausola T&T

Con DD.GG.RR n. XI/5408 del 25.10.2021 e n. XI/6605 del 30.06.2022 Regione Lombardia ha esteso l'obbligo di inserimento della clausola Trasparenza e Tracciabilità (T&T) della fase esecutiva dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture nei documenti di gara e nei contratti delle Amministrazioni del SSN.

In particolare, la clausola T&T serve per rendere trasparente e tracciabile la filiera di subaffidamenti, subappalti e subcontratti che dipendono da un contratto principale.

Per subaffidamento si intende: un subcontratto, a qualsiasi livello della filiera dei subcontratti, avente ad oggetto le attività di cui all'art. 1, comma 53, della L. n. 190/2012, in riferimento al quale è necessario il nullaosta della Stazione Appaltante, rilasciato a seguito di verifica in ordine all'iscrizione alla "white list" di cui all'art. 1, commi 52 e 52-bis, della L. n. 190/2012.

Per subappalto si intende: un subcontratto che l'Aggiudicatario (Appaltatore o Concessionario) stipula con altro Operatore Economico, rientrante nella definizione di cui all'art. 105, comma 2, del D.Lgs. n. 50/2016 (Codice dei contratti pubblici) e per il quale è necessaria l'autorizzazione rilasciata dalla Stazione Appaltante nel rispetto della disciplina prescritta dal D.Lgs. n. 50/2019 e del D.Lgs. n. 159/2011.

Per subcontratto si intende: il contratto che l'Aggiudicatario (Appaltatore o Concessionario) o un subcontraente (Affidante), a qualsiasi livello della filiera dei subcontratti, stipula con altro Operatore Economico (Affidatario) per l'esecuzione del contratto aggiudicato dalla Stazione Appaltante, soggetto all'obbligo di comunicazione alla Stazione Appaltante (terz'ultimo periodo art. 105, comma 2, del D.Lgs. n. 50/2016).

A tal fine, Regione Lombardia ha realizzato una piattaforma digitale sulla quale la Stazione Appaltante e l'Operatore Economico devono compilare delle schede finalizzate alla tracciabilità dei subaffidamenti, subappalti e subcontratti.

Si sta quindi procedendo con la raccolta dei dati inviata dagli operatori economici e necessari alla compilazione della piattaforma digitale.

La clausola T&T è stata inserita nei documenti di gara e nei contratti come richiesto dalle DD.GG.RR.

Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 - Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Le attività connesse ai pagamenti potrebbero presentare rischi di corruzione quale, ad esempio, quello di ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti, liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione, sovrappagare o fatturare prestazioni non svolte, effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere, permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente.

Al riguardo, la realizzazione del programma di lavoro previsto dal "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità. Pertanto è importante la sua completa implementazione, che passa attraverso un processo di "miglioramento" dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo-

contabili.

La discolta ASL di Vallecamonica-Sebino ha, con proprio decreto ASL n. 1049/2014, adottato specifica programmazione del percorso da adottare nelle aree prioritarie di intervento, secondo gli indirizzi di Regione Lombardia. Il percorso di certificabilità ha trovato rinnovato indirizzo con le previsioni regionali della DGR n. X/7009/2017. L'ASST ha provveduto, con decreto n. 984/2017, al recepimento di dette indicazioni regionali adottando contestualmente la relativa programmazione aziendale.

Con decreto n. 621/2018 sono state, in particolare, formalizzate alcune procedure relative all'area delle immobilizzazioni, aventi anche impatto di natura preventiva della corruzione.

Con decreto n. 77/2019 sono state approvate le procedure aziendali relative all'area H) Patrimonio netto e con decreto n. 508/2019 si è poi provveduto all'approvazione delle procedure minime relative all'Area E) Rimanenze.

L'adozione delle procedure inerenti l'area F) Crediti e ricavi e area G) disponibilità liquide trova fondamento nel decreto n. 794/2019, mentre si sono adottate le procedure inerenti l'area I) Debiti e Costi con decreto n. 972/2019. Con quest'ultima procedura si sono affrontati importanti ambiti connessi ad aree di rischio, permettendo, attraverso la descrizione delle modalità, delle responsabilità e delle tempistiche, di evidenziarne un corretto e formalizzato percorso procedurale da seguire. Tra le procedure descritte si segnalano, per il rilevante impatto preventivo della corruzione: l'acquisto dei beni di consumo, il trattamento economico del personale dipendente, il trattamento economico del personale con rapporto di lavoro assimilato a lavoro dipendente, il trattamento economico degli incarichi di lavoro autonomo professionale o occasionale, il contratto di somministrazione di lavoro e il trattamento economico.

Si rinvia ai provvedimenti attuativi del PAC approvati a livello aziendale.

Con DGR n. 3014 del 30.03.2020 ad oggetto "Completamento percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli enti del SSR di cui alla L.R. n. 23/2015, della gestione sanitaria accentrata e del consolidato regionale ai sensi del DM 01.03.2013 e della DGR n. 7009/2017", ha preso atto della conclusione entro il 31 dicembre 2019 del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci e ha stabilito di avviare una fase di "consolidamento" del percorso attraverso la definizione degli strumenti e delle modalità in ordine all'affinamento delle procedure, nonché l'effettuazione delle necessarie attività di verifica sul livello di implementazione delle stesse.

Il presente PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza PIAO) intende dunque raccordarsi con quanto così programmato in tema di certificabilità dei bilanci, prevedendo contestualmente di dare evidenza, attraverso i rispettivi siti web istituzionali, di tale percorso, anche tramite l'indicazione della specifica fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento del percorso ai fini del suo completamento. Ciò anche avvalendosi dell'attività di internal auditing svolta a livello aziendale.

Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 - Incarichi e nomine

Poiché il D.Lgs. n. 39/2013, come frutto dell'interpretazione resa da ANAC e dal Consiglio di Stato, prevede plurime ipotesi di inconfiribilità e incompatibilità applicabili limitatamente agli organi di vertice degli enti del Servizio sanitario regionale, deve riservarsi particolare attenzione al tema del conferimento di "incarichi dirigenziali di livello intermedio", oggetto di una succinta disciplina normativa.

Con specifico riguardo agli incarichi a personale afferente alle diverse aree della dirigenza - ed in particolare agli incarichi di direzione delle strutture complesse - la discolta ASL di Vallecamonica-Sebino si è dotata di apposito atto regolamentare interno ("Regolamento per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali" approvato con decreto n. 1020/2013) volto a disciplinare, nel rispetto della legge e della normativa contrattuale, le procedure di conferimento di ogni incarico dirigenziale, dettagliando in particolare l'iter procedurale per l'individuazione delle posizioni discrezionali sia per garantire modalità di scelta trasparenti e oggettive. La regolamentazione potrà trovare aggiornamento in occasione dell'attuazione a livello aziendale della nuova contrattazione collettiva di cui ai competenti CCNL del personale dirigenziale.

Possono dunque considerarsi misure preventive in essere:

- preventiva indicazione nel Piano di organizzazione aziendale approvato da Regione Lombardia delle strutture aziendali oggetto di possibili incarichi di responsabilità/direzione;
- preventiva individuazione dei requisiti per il conferimento di incarichi dirigenziali, anche ulteriori rispetto a quelli previsti dalla legge o dai CCNL, debitamente motivati nell'atto di attivazione delle procedure di selezione;
- procedure selettive, anche per fattispecie in cui tale procedura non è prevista da norme di legge;
- costituzione delle commissioni di selezione per l'assunzione di personale dirigenziale con la presenza di commissari estratti casualmente da elenchi regionali o da nomine provenienti da terzi (Regione Lombardia).

Con riferimento agli incarichi di direzione di strutture complesse, si rinvia altresì alla dettagliata procedura prevista con DGR n. X/533/2014, attuativa della disciplina di cui al D.Lgs. n. 502/1992, le cui più significative misure attuative possono compendiarsi:

- preventiva autorizzazione regionale alla copertura del posto sulla base di motivata istanza aziendale;
- definizione da parte della direzione del fabbisogno, attraverso puntuale indicazione del profilo oggettivo e soggettivo del candidato da selezionare;
- preventiva scelta circa l'utilizzabilità della graduatoria;
- commissione costituita, oltre che dal Direttore sanitario aziendale, da membri estratti dagli elenchi nazionali dei Dirigenti della medesima disciplina;
- obblighi di pubblicazione dei candidati partecipanti e della scelta aziendale effettuata.

Per quanto riguarda gli incarichi conferiti a soggetti esterni (incarichi libero professionali, co.co.co o altri rapporti comunque denominati), la discolta ASL di Vallecamonica Sebino si è dotata di un regolamento aziendale che disciplina le procedure di conferimento (decreto ASL n. 107/2011). Con riferimento agli incarichi a personale medico o sanitario laureato per le esigenze del polo ospedaliero e/o della rete territoriale, la valutazione avviene attraverso la tendenziale applicazione analogica dei criteri previsti dalla normativa concorsuale fissati per il personale dipendente, preventivamente definiti

dalle Commissioni valutatrici.

L'ANAC ha approvato, con la Delibera n. 1201 del 18.12.2019, le “Indicazioni per l'applicazione della disciplina delle inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione – art. 3 d.lgs. n. 39/2013 e art. 35 bis D.Lgs. n. 165/2001”, in cui si vieta il conferimento delle specifiche mansioni dettagliate all'art. 1, comma 46, L. n. 190/2012 ai soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i medesimi reati dell'art. 3 D.Lgs. n. 39/2013, che abbiano un rapporto di impiego alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche. Tale disposizione vale sia per il personale con funzioni dirigenziali, sia per il personale a cui vengano affidati compiti di segreteria ovvero funzioni direttive e non dirigenziali. A tali soggetti è inoltre preclusa la partecipazione a commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, o altre commissioni ad hoc per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché vantaggi economici di qualunque genere.

Nel corso del 2020 ANAC ha fornito specifici indirizzi in materia di nomine con le deliberazioni n. 1047 e n. 1054, approvate dal Consiglio in data 25 novembre 2020.

L'ASST, al fine verificare quanto disposto dalla norma, ritiene necessario, secondo una prassi già in essere, verificare a campione il casellario in esito al conferimento di incarichi che rientrino nella casistica di cui sopra.

Aree di rischio specifiche di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 “Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale”

Di seguito talune considerazioni in ordine alle aree di rischio specifiche per le Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale; risulta esclusa la casistica “Rapporti con soggetti erogatori” in quanto l'ASST si configura, svolgendo funzioni di produzione di servizi sanitari, come soggetto erogatore e non come soggetto programmatore o controllore (diversamente da quanto avviene per le ATS).

Esse possono essere così compendiate:

- a) attività libero professionale e liste di attesa;
- b) rapporti contrattuali con privati accreditati;
- c) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- d) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Area di rischio specifica di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 “Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale” - Attività libero professionale e liste di attesa

L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio della qualità del servizio offerto alla cittadinanza e con evidenti ripercussioni anche dal punto di vista economico. Per queste ragioni è opportuno che il PTPCT consideri questo settore come ulteriore area specifica nella quale applicare il processo di gestione del rischio, con riferimento sia alla fase autorizzatoria sia a quella di svolgimento effettivo dell'attività, nonché rispetto alle relative interferenze con l'attività istituzionale.

Anche per tali motivazioni la Direzione dell'ASST ha ritenuto, nel corso del 2019 e in particolare con Decreto del Direttore Generale n. 445 del 30.04.2019, di procedere ad un riforma della regolamentazione aziendale in merito all'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, con lo specifico fine, tra gli altri, di predisporre idonei strumenti volti a prevenire fenomeni corruttivi come sopra dettagliati. La stessa materia, aveva già ricevuto interventi di aggiornamento nel corso dell'anno 2017 in ossequio alle indicazioni di Regione Lombardia, volte principalmente ad evitare fenomeni corruttivi ma ha potuto beneficiare, con il provvedimento del 2019 di una complessiva revisione orientata ad una migliore efficienza del sistema e contestuale ulteriore riduzione dei rischi.

All'interno della predetta regolamentazione, oltre all'attività libero professionale intramuraria, ha trovato disciplina anche l'attività di consulenza prestata dal personale Dirigente a favore di altre aziende del Servizio sanitario nazionale o da altre strutture sanitarie non accreditate. In particolare il testo si è preoccupato di disciplinare l'iter autorizzatorio prodromico alla stipula del rapporto convenzionale con il soggetto a favore del quale viene svolta l'attività di consulenza, le modalità di svolgimento dell'attività, il corretto iter di rendicontazione dell'attività svolta, nonché infine la disciplina della corretta attività di retrocessione al Dirigente del compenso per l'attività.

Nel già citato regolamento ha ricevuto infine una particolare attenzione la tematica

delle verifiche, da svolgersi sia preventivamente alla concessione dell'autorizzazione allo svolgimento dell'attività sia successivamente con finalità di controllo sul corretto espletamento della stessa.

Nel corso del 2021 si è provveduto all'adozione delle necessarie misure per assicurare la piena attuazione delle previsioni regolamentari, anche alla luce delle Linee Guida Regionali sul punto e sulla scorta del monitoraggio effettuato a livello regionale sullo stato di attuazione delle misure nel settore d'interesse.

L'Azienda ha altresì effettuato una revisione delle modalità di gestione delle agende delle prestazioni di natura ambulatoriale e dell'attività libero professionale di ricovero /interventistica, anche attraverso l'adozione di idonea modulistica.

Area di rischio specifica di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 “Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale” - Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Per quanto concerne l'attività farmaceutica in ambito ospedaliero (esulando dalle funzioni proprie dell'ASST quella relativa alla farmaceutica extraospedaliera) misura specifica adottata è la gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Plurime unità operative sono state oggetto di informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione. Quest'ultima misura, oltre a rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente, consente la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse.

Relativamente al tema delle sponsorizzazioni, misure preventive vengono adottate al momento dell'autorizzazione al conferimento di incarichi extra - istituzionali (vedasi la relativa area di rischio) o al momento dell'autorizzazione alla partecipazione ad eventi formativi da parte delle direzioni competenti (cfr. decreto n. 795/2020, recante Adozione del “Regolamento concernente le modalità di partecipazione ad eventi esterni sponsorizzati”).

Con decreto n. 774/2021 si è provveduto all'adozione del regolamento aziendale concernente la disciplina della gestione di sperimentazioni cliniche e studi osservazionali, ciò anche al fine di disciplinare il procedimento di autorizzazione a dette attività, prevedendo verifiche preliminari in ordine anche alla sussistenza di ipotesi di conflitto di interesse.

Area di rischio specifica di cui alla Deliberazione ANAC n. 1064/2019 “Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale” - Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

La particolarità della tematica, anche per la connessione con situazioni di specifico valore etico - sociale, esige un'attenzione che, da un lato, garantisca la piena prevenzione di fenomeni illeciti (corruttivi e non) e, dall'altro, non leda la sensibilità degli utenti nella particolare circostanza del decesso di un congiunto.

Per quanto concerne gli eventi rischiosi che possono verificarsi, si indicano, ad

esempio, la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Sono tutt'ora in vigore, presso il Presidio ospedaliero, specifiche misure atte a prevenire fenomeni corruttivi, compendiate in un protocollo adottato dalla Direzione sanitaria aziendale e concernente la più generale tematica della "Gestione dell'attività di medicina necroscopica".

Dette norme specificano in particolare che:

- all'atto di ogni decesso il personale, nel porgere le condoglianze consegnerà ai familiari, una nota contenente le informazioni essenziali sulle formalità più immediate da svolgere, sulle procedure interne adottate a seguito di decesso, con l'indicazione dell'incaricato/Ufficio presso cui è possibile rivolgersi per eventuali necessità o esposti/lamentele, invitando a segnalare contatti non richiesti da parte di imprese funebri;

- l'affidamento dell'incarico del servizio di onoranze funebri è una libera scelta del cittadino che può rivolgersi a qualsiasi impresa esercente tale attività nell'ambito del territorio nazionale, purché in possesso di copia dell'autorizzazione al commercio in articoli funebri e copia dell'autorizzazione di agenzia di affari per il disbrigo pratiche. Verrà consegnato un modello di autocertificazione relativo alla libera scelta dell'impresa di onoranze funebri che dovrà essere riconsegnato prima possibile, compilato in ogni sua parte al personale della Direzione medica di Presidio (DMP);

- l'Azienda, al solo scopo di venire incontro alle esigenze dei congiunti nel momento delicato del decesso e di offrire ai cittadini un'informazione trasparente sui servizi di onoranze funebri, presso la sala mortuaria, rende disponibili gli elenchi telefonici della provincia di Brescia, Bergamo e Sondrio;

- al personale dipendente dell'Azienda è vietato fornire, a qualunque titolo, indicazioni ai fini della scelta dell'impresa. L'informazione rivolta ai congiunti, qualora richiesta, dovrà limitarsi unicamente all'indicazione dei luoghi dove è possibile consultare i già citati elenchi telefonici. Ogni infrazione sarà sottoposta a provvedimento disciplinare;

- le imprese depositano annualmente presso l'ASST l'elenco degli addetti incaricati per gli interventi nelle camere mortuarie, con le eventuali variazioni nel corso dell'anno, e del rapporto con l'impresa (dipendenza, collaborazione, ecc.);

- il personale delle imprese, o che opera per conto delle imprese, quando interviene all'interno delle camere mortuarie nell'espletamento del servizio dovrà essere identificabile tramite cartellino di riconoscimento indicante il nome dell'operatore e dell'impresa;

- è fatto assoluto divieto a tutte le imprese di onoranze funebri lo svolgimento di qualsiasi attività commerciale e di propaganda all'interno della struttura ospedaliera, e la permanenza oltre il tempo strettamente necessario allo svolgimento del servizio affidato.

Con regolamento i regolamenti RDMP 004A e RDMP 004B è stata disciplinata la modalità di accesso alla camera mortuaria rispettivamente del presidio ospedaliero sede di Esine ed Edolo.

Nell'anno 2021, in occasione del pensionamento di taluni operatori, si è assicurata una rotazione del personale assegnato a dette funzioni.

Altre misure preventive generali

Si rinvia, per quanto concerne l'attivazione di procedure di automatizzazione, alle misure adottate per gli acquisiti di beni, servizi e forniture nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale: tali disposizioni, attraverso l'utilizzo di centrali di committenza o attraverso l'istituzione di appositi canali per l'individuazione del contraente, si caratterizzano per la loro idoneità a limitare la discrezionalità amministrativa e i conseguenti potenziali spazi di rischi corruttivi.

Sono state attivate procedure automatizzate anche per quanto concerne la gestione del personale, in particolare per quanto concerne le attestazioni delle attività svolte (cd "rilevazione presenze causalizzate") dalla dirigenza medica, veterinaria e sanitaria non medica oltre il normale orario di lavoro. Ancorché non si tratti di intervento direttamente connesso ad ambiti a rischio corruttivo, dette procedure automatiche, mirando a limitare interventi di plurimi operatori, vanno nella direzione di contenere rischi, anche di ingente impatto economico.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, supportato dai Direttori/Dirigenti/Responsabili, solleciterà l'individuazione, secondo modalità di maggior dettaglio, degli ulteriori processi che ricadono nelle aree previste dall'art. 1, comma 16, della L. n. 190/2012 e ne solleciterà altresì la valutazione al fine dell'adozione delle relative misure correttive, come più sopra meglio dettagliato.

Fase 2 - Valutazione del rischio

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

Identificazione del rischio

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Per ogni processo organizzativo individuato sono identificati gli eventi rischiosi, cioè quei fatti o comportamenti che potrebbero, anche solo ipoteticamente, concretizzare il fenomeno corruttivo utilizzando diverse fonti informative quali l'analisi di eventuali casi giudiziari, di episodi di *maladministration* verificatisi in passato anche presso altre Aziende e dei procedimenti dell'UPD, l'esame delle richieste di accesso agli atti, la conoscenza e l'esperienza personali, ma anche ricorrendo alle esemplificazioni elaborate dall'ANAC e utilizzando informazioni e notizie diffuse dai net-work relative a episodi di corruzione.

Analogamente si procederà all'identificazione del rischio in sede di analisi dei processi di nuova valutazione, relativi alle attività tipiche del polo territoriale e delle strutture a questo afferenti.

Gli eventi rischiosi sono, quindi, descritti in apposita colonna della mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003) allegata al presente Piano quale parte integrante e sostanziale.

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 (elementi che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di *maladministration*, riscontrati per lo più nell'assenza di regolamentazione, o in presenza di regolamentazione vaga e obsoleta, nella mancanza di efficaci controlli, nella titolarità della responsabilità di processi protratta per troppo tempo con conseguente eccessivo utilizzo di prassi amministrative prive di fondamento giuridico e di ampio e distorto uso della discrezionalità, nella mancata trasparenza e in un'inadeguata diffusione della cultura dell'etica). Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

Come sopra riportato nel paragrafo dedicato alla "mappatura" dei processi, l'analisi del rischio con l'approccio di tipo qualitativo, conformemente alle indicazioni contenute nell'allegato 1 al PNA 2019 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi", è stata avviata nel corso del 2021.

La mappatura dei processi e la fase di valutazione del livello di esposizione al rischio sono rappresentate nella tabella mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003).

Ponderazione del rischio

La ponderazione del rischio ha lo scopo di stabilire sia le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio sia le priorità di trattamento dei rischi attraverso il loro confronto.

Indipendentemente dal livello di rischio, valutato generalmente medio/basso per i processi/sotto-processi mappati, si ritiene opportuno trattarli tutti al fine di ridurre sempre più il rischio residuo, cioè il rischio che permane dopo l'applicazione delle misure di prevenzione già individuate.

Fase 3 - Trattamento del rischio

È la fase in cui, dopo lo svolgimento delle attività propedeutiche, dall'analisi del contesto alla valutazione e successiva ponderazione del rischio, si individuano le misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l'Azienda è esposta e si programmano le modalità della loro attuazione.

In questa fase si distinguono, infatti, due sotto-fasi: l'individuazione e la conseguente programmazione delle misure per la prevenzione della corruzione.

L'individuazione delle misure più idonee a prevenire i rischi individuati è effettuata in osservanza del principio di sostenibilità economica e organizzativa; si parte dalla valutazione del livello di attuazione delle misure di prevenzione previste nei Piani precedenti e dalla valutazione della loro adeguatezza rispetto al rischio e ai suoi fattori abilitanti: se le misure non sono state attuate, la priorità è la loro attuazione, se, invece, non sono risultate efficaci si cerca di "rafforzarle", eventualmente modificandone le modalità di attuazione. Solo dopo aver verificato l'impossibilità di ridurre il rischio in questo modo, si introducono nuove misure. Questa modalità è seguita anche al fine di ridurre sempre più il "rischio residuo", cioè il rischio che persiste dopo la corretta attuazione delle misure di prevenzione generali e specifiche, rischio che pare dipendere esclusivamente da un agire soggettivo non etico.

Nell'individuazione delle misure, inoltre, si cerca di contemperare anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, al fine di evitare la pianificazione di misure astratte, poco chiare o non realizzabili.

Tutte le misure di prevenzione degli eventi corruttivi, descritte in apposita colonna della mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003) in "linea" col corrispondente sotto-processo, sono misure specifiche in quanto dirette ad eliminare i fattori abilitanti individuati nella fase di analisi del rischio, anche se si tratta delle c.d. misure generali che, per definizione, intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione delle corruzione. Per le misure di prevenzione della corruzione si rinvia alla successiva parte IV a ciò specificatamente dedicata.

La programmazione delle misure consiste nell'individuazione delle modalità con cui attuarle. I vari Responsabili di processo hanno identificato le diverse fasi con cui si intende adottare la misura, definito il tempo per la sua attuazione in modo da facilitarne, in fase di monitoraggio, la verifica dell'effettiva applicazione, indicato i soggetti responsabili ad attuare le misure e individuato "gli indicatori di monitoraggio" al fine di poter agire tempestivamente su una delle variabili sopra elencate introducendo, eventualmente,

correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure. Gli indicatori di monitoraggio possono essere di semplice verifica di attuazione della misura, quantitativi o qualitativi.

Gli elementi necessari alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione sono rappresentati in colonne nella mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003)".

Si mantiene la scelta anche in questo aggiornamento dell'individuazione di misure specifiche di trattamento *ad hoc* per tutti i processi elencati, anche quelli con livello di rischio basso, per rafforzare la diffusione della cultura di prevenzione della corruzione e coinvolgere tutto il personale nella sua gestione.

Fasi trasversali

Fasi trasversali del processo di gestione del rischio di corruzione, che si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento, sono:

- monitoraggio e riesame;
- consultazione e comunicazione.

La fase di 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.

La responsabilità del monitoraggio è del RPCT. Tuttavia in considerazione delle grandi dimensioni e dell'elevato livello di complessità presso l'ASST della Valcamonica è previsto un sistema di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure, il secondo livello in capo al RPCT ed il terzo all'attività svolta dall'Internal Auditing.

In Azienda non è stato adottato, quale documento specifico, un piano di monitoraggio annuale del PTPCT (Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO) anche se l'attività relativa, avente ad oggetto tutte le misure di prevenzione individuate e programmate per ogni processo viene svolta nei tempi e nei modi indicati nell'apposita colonna della mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003).

Nella sezione monitoraggio del PIAO il monitoraggio del PTPCT è configurato quale obiettivo per i responsabili dei processi e per i responsabili della pubblicazione che, entro la scadenza indicata, devono trasmettere al RPCT una dichiarazione che dia evidenza concreta delle misure di prevenzione applicate e dell'avvenuta pubblicazione degli atti, documenti e informazioni per i quali è individuato quale responsabile nella tabella "obblighi di pubblicazione" allegata al PTPCT stesso.

I Responsabili della pubblicazione e dei processi effettuano, quindi, una

“autovalutazione” in ordine all’effettivo adempimento degli obblighi di rispettiva competenza mentre il RPCT procede a un controllo successivo, anche a campione, dell’effettivo livello di completezza e aggiornamento dei dati, e della congruenza di quanto dichiarato nell’autovalutazione dai responsabili. In particolare, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione, controlla gli indicatori previsti per l’attuazione delle misure di prevenzione che sono rappresentati in apposita colonna della mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003), richiede documenti e informazioni idonei a dimostrare l’effettiva azione svolta, organizza incontri finalizzati coi diversi responsabili.

Per agevolare il progressivo monitoraggio sia dei processi sia dell’adempimento degli obblighi di pubblicazione, si sono inserite apposite colonne nella mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003) e nella tabella “obblighi di pubblicazione” dove ogni responsabile, per ogni processo e ogni obbligo di pubblicazione, deve indicarne lo stato di attuazione nei termini indicati, con successiva verifica da parte del RPCT.

Il monitoraggio si estende agli eventuali controlli mirati disposti dal RPCT a seguito di richieste di accesso civico e/o di reclami presentati all’Azienda da soggetti terzi, anche per il tramite dell’URP. Qualora l’attività di controllo rilevi gravi inadempienze in materia di obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, il RPCT trasmette gli atti alla Direzione Generale, al Nucleo di Valutazione e all’UPD.

Su un piano più complessivo, invece, spettano al NVP compiti di approvazione e attestazione dell’assolvimento degli obblighi di trasparenza, di supporto per la valutazione del rischio e per la redazione del PIAO.

Per l’anno 2023 si conferma il termine entro cui i responsabili di processo e di pubblicazione devono trasmettere la propria autovalutazione al RPCT, mantenendo le scadenze del 31 maggio e del 30 novembre come lo scorso anno, in quanto ciò permette di intervenire con azioni correttive per una migliore attuazione del Piano.

Le risultanze del monitoraggio, infatti, utilizzate anche per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del “sistema di gestione del rischio”, costituiscono il presupposto della definizione del successivo PTPCT e sono inserite nelle varie parti del testo di piano e all’interno della relazione annuale del RPCT, pubblicata in Amministrazione Trasparente.

Nel triennio 2023-2025 si intende procedere al riesame della funzionalità del sistema di gestione del rischio che coinvolgerà tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di identificare eventuali processi non mappati, individuare eventuali nuovi rischi e prevedere diversi e più efficaci criteri per l’analisi e la ponderazione del rischio.

La fase di consultazione e comunicazione

La fase di consultazione e comunicazione è trasversale e potenzialmente contestuale a tutte le altre fasi del processo di gestione del rischio descritte precedentemente e consiste nelle seguenti attività:

- attività di coinvolgimento dei soggetti interni (personale, organo politico, ecc.) ed esterni (cittadini, associazioni, altre istituzioni, ecc.) ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione dell’Azienda;

- attività di comunicazione (interna ed esterna) delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi.

In Azienda è assicurato il coinvolgimento dei soggetti interni per personalizzare



sempre più la strategia anticorruzione, in particolare mediante richieste specifiche del RPCT ai Responsabili di processo che nel 2021 hanno attivamente partecipato ai processi di gestione del rischio. Conseguentemente è migliorata la comunicazione interna con flussi informativi dai soggetti coinvolti al RPCT e viceversa. Nel triennio 2023-2025 si intende consolidare e rafforzare questo trend positivo. Più delicata è la consultazione e comunicazione coi soggetti esterni finalizzata ad acquisire “idee” per nuove e più efficaci strategie di anticorruzione. Benché l’Azienda collabori attivamente con diverse realtà operanti sul territorio (Associazioni, RSA, Comuni), ancora non è riuscita a coinvolgere questi portatori d’interessi nella formazione del PTPCT. Si cercherà, nel periodo di validità del presente piano, di individuare e attuare le strategie più idonee per raggiungere lo scopo.

Parte IV - LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il concreto esplicarsi delle due sotto-fasi del trattamento del rischio sopra analizzate, ovvero l'individuazione e la progettazione delle misure per la prevenzione della corruzione deve avvenire 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.

Va tenuto in considerazione il fatto che ciascuna categoria di misura può dare luogo, in funzione delle esigenze dell'organizzazione, a misure sia "generali" che "specifiche". A titolo meramente esemplificativo, una misura di trasparenza, può essere programmata come misura "generale" o come misura "specifiche". Essa è generale quando insiste trasversalmente sull'organizzazione, al fine di migliorare complessivamente la trasparenza dell'azione amministrativa (es. la corretta e puntuale applicazione del D.Lgs. n. 33/2013); è, invece, specifica, in risposta a specifici problemi di scarsa trasparenza rilevati tramite l'analisi del rischio trovando, ad esempio, modalità per rendere più trasparenti particolari processi prima "opachi" e maggiormente fruibili informazioni sugli stessi.

Le misure specifiche individuate dall'Azienda per prevenire i rischi corruttivi nei processi aziendali sono indicate nella mappatura dei rischi anticorruzione (M IA 003), allegata al presente Piano.

Di seguito le misure generali adottate dall'ASST della Valcamonica. Un'apposita sezione viene di seguito dedicata alla trasparenza e integrità.

Formazione

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

Nell'ambito del triennio 2023-2025 s'intende, come similmente per le annualità pregresse, proporre una formazione strutturata su diversi livelli:

- livello generale, anche con modalità FAD: riguarda le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale) che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione, debbono riguardare il contenuto del Codice di Comportamento e del Codice Disciplinare e devono ricomprendere anche l'esame di casi concreti;

- livello specifico per settori di attività o per profili a maggior rischio: è possibile, sussistendone la necessità, l'organizzazione di appositi focus group, composti da un numero ristretto di dipendenti e guidati da un Dirigente o un operatore esperto con funzione di animatore, nell'ambito dei quali vengono esaminate ed affrontate problematiche concrete di prevenzione della corruzione, calate nel contesto dell'attività di settore, al fine di far emergere il principio comportamentale eticamente adeguato nelle

diverse situazioni.

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della Prevenzione in raccordo con il Responsabile della Formazione.

Le iniziative di formazione tengono conto dell'importante contributo che può essere dato dagli operatori interni all'amministrazione, inseriti come docenti nell'ambito di percorsi di aggiornamento e formativi.

In occasione dell'inserimento dei dipendenti in nuovi settori lavorativi, saranno programmate ed attuate forme di affiancamento e "tutoraggio" con il personale più esperto.

Anche al fine di contenere gli oneri scaturenti dalle attività di formazione, il tavolo interaziendale a cui partecipa l'ASST della Valcamonica intende proporre iniziative formative congiunte, anche in esito all'effettivo confronto tra gli operatori interessati e sulla base di comuni esigenze.

Codici di comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione, i Codici di comportamento rivestono un ruolo importante nella strategia delineata dalla L. n. 190/2012, costituendo lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e ad orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con i Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT).

In seguito all'adozione del nuovo Codice di comportamento di cui al D.P.R. n. 62/2013, si è ampliata la casistica delle fattispecie disciplinari per tutto il personale c.d. contrattualizzato dal momento che, a differenza dei precedenti (quelli di cui ai DD.MM. del 31.03.1994 e del 28.11.2000), l'attuale Codice di comportamento non contiene soltanto norme di principio ma introduce vere e proprie disposizioni che si aggiungono a quelle contenute nei codici disciplinari (art. 64 del C.C.N.L. del 21.05.2018 per il personale del comparto e art. 70 del C.C.N.L. del 19.12.2019 per il personale della dirigenza del S.S.N.) la cui violazione determina responsabilità disciplinare (fino all'estrema conseguenza del licenziamento in caso di violazioni gravi o reiterate) e rileva "ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti." (art. 54, comma 3, del D.Lgs. n. 165/2001).

Il sistema disciplinare si completa con l'approvazione (con le modalità previste dalla legge) di un Codice di comportamento aziendale che, nell'intento del legislatore, integra e specifica il Codice di comportamento nazionale.

Con il D.P.R. n. 62/2013 oltre alle fattispecie disciplinari si sono ampliate anche le competenze dell'UPD che non è più soltanto l'organo aziendale titolare dell'azione disciplinare per le infrazioni più gravi ma, d'intesa con il dirigente aziendale Responsabile della prevenzione della corruzione, partecipa all'attività di vigilanza e monitoraggio sull'attuazione dei Codici di comportamento (nazionale e aziendale), cura l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale e (ai sensi dell'art. 15, comma 2) "svolge altresì le funzioni dei comitati o uffici etici eventualmente già istituiti".

Nel corso del 2017 sono state formalizzate le "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" quale sito del Tavolo tecnico congiunto ANAC - Ministero della Salute - Agenas sul tema "Conflitto d'interesse e Codici di comportamento", costituito in data 16.12.2015 a seguito del Protocollo d'intesa stipulato

in data 05.11.2014 fra ANAC e Agenas.

Con decreto n. 1048/2017 è stato approvato, secondo detti indirizzi, il “Codice di comportamento dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica”. Si è altresì provveduto all’adozione di nuovi Codici disciplinari e di Regolamenti di funzionamento degli Uffici procedimenti disciplinari del personale del comparto e delle aree dirigenziali, in attuazione alla cd. Riforma Madia, da ultimo aggiornati con i decreti n. 128 e 129 del 19.02.2020 a seguito della sottoscrizione a livello nazionale e per tutti i comparti di nuovi contratti collettivi che disciplinano talvolta anche specificatamente la responsabilità disciplinare.

Nel 2022 l’Azienda, in esecuzione a quanto previsto dall’art. 4 del D.L. 30 aprile 2022 n. 36, convertito con la L. 29 giugno 2022 n. 79, ha aggiornato con decreto n. 841/2022 il vigente Codice di comportamento mediante l’inserimento di un nuovo articolo (art. 11-bis) dedicato all’uso dei mezzi di comunicazione elettronica e dei social media. L’adozione di tale aggiornamento è stata preceduta da una fase di consultazione pubblica e da previa condivisione con la Direzione Strategica. Il testo del nuovo articolo è stato inoltre preliminarmente sottoposto al parere del NVP che si è espresso nel corso della seduta tenutasi il 16.12.2022.

Gli obblighi di condotta previsti dal Codice aziendale vengono estesi, per quanto compatibili, a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione della Direzione, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell’Azienda.

In sede di sottoscrizione dei contratti individuali di lavoro e di lavoro autonomo, comunque denominati, viene attestata la consegna di copia/la possibilità di reperire copia al lavoratore/collaboratore del D.P.R. n. 62/2013 e del Codice aziendale. Si provvederà, secondo le indicazioni Regionali, a tale adempimento anche nell’ambito delle attività contrattuali dell’ASST della Valcamonica.

Rotazione del personale

Nel corso del 2022 è stata effettuata, come anche risulta dalla Relazione annuale del RPCT, una parziale rotazione di personale, tenendo conto del particolare ambito di operatività dell’Azienda e delle sue limitate dimensioni.

Nel corso del triennio 2023-2025 si provvederà ad implementare i meccanismi di rotazione nella consapevolezza che detta misura, applicata ai Dirigenti e al personale dei ruoli non dirigenziali, presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, dal momento che si pone in contrasto con l’importante principio di continuità dell’azione amministrativa, che impone la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività.

Per quanto concerne la rotazione del personale con qualifica dirigenziale, la sua attuazione richiede ulteriori approfondimenti, anche in relazione alla carenza complessiva di taluni profili.

Inoltre la rotazione dei Dirigenti è di fatto difficile, se non impossibile, per le figure infungibili, per quelle il cui spostamento provocherebbe problemi oggettivi di continuità e di buon funzionamento dei servizi, nonché per il personale della dirigenza PTA per l’esiguo numero di dipendenti con tale qualifica.

Nel caso di accertata impossibilità di applicare la misura della rotazione per il personale dirigenziale a causa di motivati fattori organizzativi, l'Amministrazione intende valutare la possibilità di applicare la misura al personale non dirigenziale, con riguardo innanzitutto ai responsabili del procedimento, per le posizioni esposte al rischio di corruzione, o con la condivisione, per i procedimenti di maggiore rilievo, tra più soggetti delle funzioni istruttorie o di responsabile del procedimento.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Rotazione del personale (responsabilità procedimenti)	Responsabili UO/Strutture aziendali comunque denominate	Rotazione nell'affidamento dell'incarico di responsabilità nei procedimenti di competenza. Relazione al RPCT entro il 30.11
Tutti	Rotazione del personale (condivisione nella responsabilità dei procedimenti)	Responsabili UO/Strutture aziendali comunque denominate	Affidamento congiunto delle funzioni istruttorie / di responsabilità dei procedimenti a più soggetti. Relazione al RPCT entro il 30.11 dei casi di rilievo.

Rotazione straordinaria

L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione, previsto dall'art. 16, comma 1, lett. I-*quater*) D.Lgs. n. 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".

Con decreto n. 987/2019 l'ASST della Valcamonica ha adottato le prime determinazioni in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria, che prevede, in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva a carico di un dipendente, la messa in atto della rotazione straordinaria come segue:

- per il personale Responsabile di Servizio (P.O. con attribuzione di funzioni dirigenziali) ciò comporta la revoca di tale incarico dirigenziale e l'eventuale riattribuzione di altro incarico;

- per il personale non titolare di funzioni dirigenziali, la rotazione si traduce nell'assegnazione del dipendente ad altro ufficio o servizio.

I reati che prevedono la citata rotazione obbligatoria, sono quelli richiamati dal D.Lgs. n. 39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I "Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica Amministrazione", nonché quelli indicati nel D.Lgs. 31.12.2012 n. 235 che, oltre ai citati reati, ricomprende un numero molto rilevante di gravi delitti, tra cui l'associazione mafiosa, quella finalizzata al traffico di stupefacenti o di armi, i reati associativi finalizzati al compimento di delitti anche tentati contro la fede pubblica o contro la libertà individuale.

Gestione del conflitto d'interesse

Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti e affini. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Possibili situazioni di conflitto di interesse si possono creare quando, fra il dipendente ed i soggetti interessati dalle attività aziendali, sussistono:

- legami di parentela o affinità sino al secondo grado;
- legami stabili di amicizia e/o di frequentazione stabile;
- legami professionali;

- legami di diversa natura capaci di incidere negativamente sull'imparzialità dei dipendenti.

Il Responsabile del procedimento, il titolare del Servizio/UO competente ad adottare atti o provvedimenti, nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale, hanno l'obbligo di astensione, così come tutti i dipendenti che svolgano la propria attività nei processi aziendali a maggior rischio di corruzione. I medesimi soggetti hanno il dovere di segnalazione della possibile situazione di conflitto.

La segnalazione del conflitto, anche potenziale, deve essere indirizzata dal dipendente al proprio Responsabile diretto il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere il principio di imparzialità.

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

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, il Responsabile affiderà l'attività ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Il Responsabile, a fronte di segnalazione di conflitti di interesse e di conseguente astensione del dipendente, vigila affinché non siano esercitate pressioni sull'operatore assegnato all'attività in sostituzione del dipendente che si astiene.

Relativamente a situazioni di incompatibilità e inconfiribilità previste dalla vigente normativa (art. 53 D.Lgs. n. 165/2001 e D.Lgs. n. 33/2013 e n. 39/2013), i Dirigenti, preliminarmente alla sottoscrizione del contratto relativo all'assunzione alle dipendenze dall'ASST o al conferimento dell'incarico dirigenziale, sono chiamati a effettuare apposita auto dichiarazione, attestante le condizioni di incompatibilità eventualmente sussistenti, congiuntamente alla comunicazione di situazione di conflitto d'interesse (anche relative a congiunti, parenti ed affini) e interessi finanziari confliggenti. Sono pure tenuti ad apposita dichiarazione circa la propria situazione reddituale.

Nel corso del 2023, come per gli anni precedenti, i titolari di incarichi di vertice conferiti dell'ASST e il personale dirigenziale saranno interessati dalla raccolta dell'autodichiarazione circa l'assenza di situazioni di inconfiribilità e incompatibilità.

Con specifico riferimento alle situazioni d'inconfiribilità si terranno in debita considerazione le previsioni della Delibera ANAC n. 149 del 22.12.2014 che limitano l'applicabilità di talune disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013 agli incarichi attribuiti ai componenti della Direzione Strategica (Direttore Generale, Direttore Amministrativo,

Direttore Sanitario, Direttore Socio Sanitario) e sempre nel rispetto di specifiche indicazioni regionali in materia.

Al fine di meglio disciplinare le situazioni di conflitto di interesse per il personale dipendente di seguito si dà evidenza di talune procedure di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interesse:

- acquisizione e conservazione delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte dei dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a RUP/DEC;

- monitoraggio della situazione, attraverso l'aggiornamento, con cadenza annuale per il personale dirigenziale, della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, ricordando a tutti i dipendenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate;

- uso della modulistica aziendale per la raccolta/aggiornamento delle dichiarazioni per l'assenza di situazioni di conflitto d'interesse.

Anche nel corso dell'anno 2023 dovrà essere programmata un'attività di controllo delle autodichiarazioni rese dal personale dirigenziale, oltre alle verifiche rese necessarie in esito a segnalazioni. Al fine di assicurare un effettivo monitoraggio, pur nella consapevolezza della complessità procedurale e sostanziale dei relativi controlli, al personale dirigenziale dovrà essere richiesta la produzione dell'ultima documentazione reddituale prodotta all'amministrazione finanziaria al momento dell'assunzione o del conferimento/ rinnovo di un incarico dirigenziale.

Per il personale non dipendente, ovvero liberi professionisti, si riassumono di seguito le misure da utilizzare, se non già in essere:

- applicazione del modello di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con l'indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;

- rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di consulenza;

- integrazione delle previsioni contrattuali dell'obbligo dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;

- consultazione di banche dati liberamente accessibili ai fini della verifica;

- acquisizione di informazioni da parte dei soggetti (pubblici o privati) indicati nelle dichiarazioni presso i quali gli interessati hanno svolto o stanno svolgendo incarichi/attività professionali o abbiano ricoperto o ricoprono cariche, previa informativa all'interessato;

- audizione degli interessati, anche su richiesta di questi ultimi, per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche;

- controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, comma 14, D.Lgs. n. 165/2001.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Inconferibilità, incompatibilità e conflitto di interesse	Tutti	Report, entro il 30.11, delle misure descritte nella parte discorsiva di cui al cap. "gestione del conflitto di

			interesse”
Tutti	Gestione del conflitto d'interesse	SCGSRU	Raccolta dichiarazione annuale dei redditi del personale dirigente in servizio

Conferimento e autorizzazione incarichi extra-istituzionali

Per quanto concerne lo svolgimento di incarichi extra istituzionali ai sensi dell'art. 53 D.Lgs. n. 165/2001, le procedure, nel rispetto della citata normativa, sono disciplinate da apposito regolamento aziendale che mira ad assicurare che il rilascio delle autorizzazioni sia preceduto da un'attenta valutazione dell'oggetto dell'incarico, della natura, dell'impegno orario previsto e del compenso presunto.

Le richieste di autorizzazione di ciascun dipendente vengono vagliate dal Dirigente responsabile della struttura di afferenza/Direttore di Dipartimento e, per quanto di competenza vengono rilasciate dai Direttori Amministrativo, Sanitario e Socio sanitario: ciò al fine di verificare nel caso concreto l'insussistenza di ipotesi di incompatibilità e di conflitto d'interesse in relazione alle funzioni e ai compiti affidati al dipendente. In particolare viene vagliata l'insussistenza di indebite interferenze tra i compiti d'ufficio e l'oggetto dell'incarico extra – istituzionale per i soggetti dipendenti chiamati a esercitare funzioni di controllo, vigilanza ed autorizzazione verso terzi.

Per finalità di evidente natura anticorruptiva, le verifiche preliminari mirano a evitare il conferimento di incarichi retribuiti da parte di soggetti che hanno rapporti di natura contrattuale con l'ASST (appaltatori, fornitori o simili) o che siano sottoposti a vigilanza o controllo da parte della struttura di appartenenza del dipendente.

L'elenco delle autorizzazioni rilasciate, comprensive dei compensi presunti, viene pubblicato periodicamente sul sito aziendale.

Le modifiche apportate al D.Lgs. n. 165/2001, da ultimo con D.Lgs. n. 75/2017, hanno suggerito, nel corso del 2018, alcune modifiche al vigente regolamento aziendale in materia di incarichi extra istituzionali (decreto n. 1063/2018).

Flussi informativi verso il Responsabile della prevenzione della corruzione

I flussi informativi volti ad assicurare il pieno adempimento delle disposizioni normative vengono garantiti attraverso contatti periodici tra i Direttori/Dirigenti interessati dalle Aree oggetto di potenziale rischio, trasmissione di dati e notizie ai fini della pubblicazione.

In particolare le singole UU.OO. trasmettono, attraverso l'applicativo in uso, i dati relativi ai bandi di gara attivati da ciascuno: detta raccolta risulta necessaria ai fini della successiva pubblicazione in forma aggregata nella sezione “Amministrazione trasparente” - bandi di gara e contratti - informazione sulle singole procedure, dei dati riferiti agli obblighi di trasmissione delle informazioni all'AVCP - Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, ai sensi dell'art. 1, comma 32, L. n. 190/2012. Le specifiche sono quelle della delibera AVCP n. 26 del 22 maggio 2013.

Al Responsabile per la prevenzione della corruzione debbono essere indirizzati (con periodicità definita, o per ogni singolo evento, o a richiesta) adeguati flussi informativi

costituiti da:

- stato di avanzamento delle misure di prevenzione e/o modifica delle aree di rischio/controlli (da parte dei Referenti);
- segnalazioni indirizzate alla Direzione da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato: il RPCT accerta che chi segnala al superiore gerarchico o ai soggetti apicali dell'Azienda condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato;
- informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazione di violazioni del Codice di comportamento (da parte dell'UPD);
- indicatori di rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza (da parte del RUP);
- numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi dirigenziali (da parte di AGRU);
- esiti di Informazioni sull'effettiva applicazione degli obblighi di rotazione del personale che opera nelle aree a rischio di corruzione (da parte dei Dirigenti delle strutture);
- verifiche e controlli su cause di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi (da parte di AGRU);
- esiti di verifiche del rispetto dei termini dei procedimenti (da parte del Responsabile Qualità aziendale e dei Referenti);
- report di sintesi elaborati da NVP e altri Organismi di Controllo Interno;
- informazioni sulla gestione del personale con riferimento al conflitto di interesse potenziale o effettivo nei rapporti con soggetti esterni che hanno relazioni con l'Azienda (da parte dei Dirigenti delle strutture);
- ogni comunicazione prevista dal presente PTPC;
- ogni altra informazione utile allo svolgimento della funzione.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Flussi informativi	Direttori/Dirigenti/ Responsabili UO	Relazione a RPCT entro il 30.11, oltre a altri obblighi comunicativi previsti dalla normativa o dal PTPC

Gestione del conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti

Il D.Lgs. n. 39/2013 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190" ha disciplinato:

- ipotesi di inconfiribilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna (anche con sentenza non passata in giudicato) per delitti contro la Pubblica Amministrazione;
- particolari ipotesi di inconfiribilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione

all'attività svolta dall'interessato in precedenza;

- situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza vigilerà, sulla scorta delle segnalazioni provenienti dai Dirigenti/Responsabili di UO, sulle situazioni che non consentono di conferire incarichi a determinati soggetti o sulle situazioni di incompatibilità esistenti o sopravvenute.

La norma è tesa a evitare la precostituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e assimilati e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire un vantaggio in maniera illecita.

La norma dispone inoltre che gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni previste dalla legge sono nulli.

Lo svolgimento di attività successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage - revolving doors).

La L. n.190/2012 ha introdotto all'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 il comma 16-*ter* con lo scopo di contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

L'aggiornamento al PNA 2018 ha previsto l'applicazione delle disposizioni di cui trattasi sia al personale a tempo indeterminato sia a quello con rapporto a termine. Ha altresì formulato indicazioni sui soggetti (operatori privati) che generano il fenomeno di pantouflage.

Il rischio è quello che durante il periodo di servizio il dipendente possa precostituirsì situazioni lavorative vantaggiose sfruttando la propria posizione all'interno dell'Azienda per ottenere un lavoro presso aziende private con cui sia entrato in contatto in virtù del rapporto di lavoro.

La norma vieta, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro (anche nel caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione) agli ex dipendenti di avere rapporti di lavoro autonomo o subordinato con soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi nei quali gli stessi hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante.

In caso di violazione del divieto la norma prevede specifiche sanzioni:

la nullità dei contratti di lavoro conclusi con gli ex dipendenti dell'ASST della Valcamonica; il divieto per i soggetti privati che hanno assunto in qualità di dipendenti o di collaboratori a qualsiasi titolo ex dipendenti di contrattare con l'ASST della Valcamonica e l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti e accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

Il PNA 2022 dedica a tale fenomeno specifica sezione così suddivisa: 1) ambito di applicazione; 2) i poteri di vigilanza in ambito di pantouflage; 3) strumenti operativi.

In sede di comunicazione di recesso dal rapporto di lavoro con istanza di collocamento a riposo (pensionamento), la SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane ha predisposto idoneo prospetto informativo, sottoscritto dal dipendente, circa gli obblighi gravanti su ex dipendenti per effetto della richiamata normativa.

Tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (whistleblowing)

Al fine di favorire l'emersione di fattispecie di illecito nelle Pubbliche Amministrazioni, la L. n. 190/2012 ha inserito l'art. 54-*bis*, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", all'interno del T.U. del Pubblico Impiego (D.Lgs. n. 165/2001), introducendo nel nostro ordinamento giuridico il cd. Whistleblowing (segnalatore di illeciti).

L'istituto in parola è stato da ultimo oggetto di revisione normativa con la L. n. 179/2017.

Nel testo oggi in vigore l'art. 54-*bis*, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001 così statuisce: "Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione. L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza".

Presso l'ASST della Valcamonica, attualmente, per evitare la "fuoriuscita" incontrollata di segnalazioni in grado di compromettere l'immagine dell'Azienda, le segnalazioni di illecito possono essere indirizzate direttamente, a mezzo posta elettronica (anticorruzione@asst-valcamonica.it), al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza il quale acquisirà il documento al protocollo aziendale conservando l'originale del medesimo e non richiedendone la scansione ai fini di tutela del segnalante.

L'Azienda prenderà in esame anche segnalazioni anonime che siano sufficientemente dettagliate e circostanziate.

Nel corso del periodo 2015 è stata adottata dalla disciolta ASL di Vallecamonica-Sebino una procedura dettagliata e con moduli appositi attraverso la quale è possibile effettuare segnalazioni di illeciti in maniera anonima, secondo il modello ANAC.

In merito alle modalità operative della procedura di gestione delle segnalazioni è intervenuta anche ANAC orientando le Amministrazioni verso una maggiore informatizzazione della stessa, raccomandando l'utilizzo della piattaforma dedicata che, utilizzando un protocollo di crittografia, garantisce sicurezza e confidenzialità tecnologica al processo di segnalazione.

Atteso quanto sopra l'ASST della Valcamonica provvederà ad aggiornare la propria procedura volta all'attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela del dipendente che segnala illeciti in conformità con la disciplina normativa nazionale, regionale ed in particolare, da ultimo, con le disposizioni di attuazione in Italia della Direttiva (UE) 2019/1937.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Tutela dei dipendenti che segnalano illeciti	RPC	Diffusione entro il 31.5 attraverso la rete intranet

			aziendale, delle procedure di segnalazione e delle relative misure di tutela
Tutti	Tutela dei dipendenti che segnalano illeciti	RPC	Verifica esigenza adeguamento della procedura alla L.n.179/2017 e smi.

Iniziative di comunicazione/partecipazione/sensibilizzazione

I canali di comunicazione delle iniziative adottate in materia di anticorruzione e trasparenza saranno rivolti all'interno e all'esterno.

Verso l'esterno, oltre alla pubblicazione sul sito aziendale, l'ASST renderà nota l'avvenuta adozione del Piano all'ATS della Montagna.

In sede di aggiornamento del Piano viene confermata la modalità di preventiva consultazione pubblica.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Diffusione/partecipazione	RPC	Diffusione entro il 28.2 (o successiva data in caso di proroga dei termini) attraverso il sito internet aziendale, dell'adozione del presente PTPC.

Monitoraggio dei tempi procedurali

Il monitoraggio dei tempi procedurali viene effettuato dai singoli Dirigenti responsabili di UO, sulla scorta dei termini di conclusione previsti dalla legge, dai regolamenti o dalla normativa comunque denominata. Anche in ragione della circostanza che il mancato rispetto dei termini procedurali costituisce ipotesi di danno risarcibile a carico dell'Amministrazione, i Dirigenti responsabili assicurano al RPCT e alla Direzione strategica i necessari flussi informativi circa il rispetto di detti tempi procedurali.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Rispetto tempi procedurali	Direttori/Dirigente Responsabili/ Responsabili Uffici e servizi	Report entro il 30.11 circa il rispetto dei termini, violazioni e misure correttive

Patti di integrità negli affidamenti

I protocolli di legalità o patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e, in forza di tale azione, ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità

dell'azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.

Si tratta, in particolare, di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzato ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale - nel senso che gli impegni assunti dalle imprese rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto - che sotto il profilo del contenuto - nel senso che si richiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

Regione Lombardia con DGR n. IX/1299/2014 del 30.01.2014 ha adottato il "Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali". La disciolta ASL di Vallecamonica Sebino ha integrato la documentazione di gara con i riferimenti alla DGR, che rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dall'Azienda come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti in tutte le procedure di acquisizione di beni e servizi.

L'Azienda inserisce negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Il patto di integrità permette un controllo reciproco e sanzioni nel caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Attività contrattuale	Patti di integrità negli affidamenti	Direttore SCGA/ Direttori UO gestori di procedure di scelte del contraente	Report entro il 30.11 circa applicazione della misura e attività elusive

Attuazione del Decreto del Ministero dell'Interno 25.09.2015 in materia di riciclaggio

L'art. 6, comma 5, D.M. Interno 25.09.2015 prevede specifici obblighi in materia di prevenzione di fenomeni di riciclaggio, a partire dall'affidamento dell'incarico di "gestore" delle segnalazioni sospette. Essendosi provveduto alla nomina di detto Gestore e all'adozione del relativo regolamento attuativo, si rende necessario assicurare flussi informativi al RPC, semplificati dalla corrispondenza delle due figure.

Nel corso del 2018, con decreto n. 1126/2018, sono stati formalizzati gli indicatori di anomali delle operazioni sospette di fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo internazionale: presa d'atto delle istruzioni dell'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF), in aggiornamento delle previsioni di cui al decreto n. 836/2017.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutte	Prevenzione fenomeni di riciclaggio	Direzione strategica - Gestore segnalazioni	Report sulle segnalazioni formulate al Gestore / da parte del Gestore



Aggiornamenti del documento

Il presente documento potrà subire delle variazioni nel corso dell'esercizio in conseguenza di mutate situazioni organizzative, di cambiamenti nelle nomine dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e l'Integrità e di un approfondimento in ragione dell'attuazione della L.R. n. 23/2015 e ss.mm.ii. e del nuovo POAS.

Ulteriori misure preventive rese necessarie per fronteggiare l'emergenza epidemiologica

Un primo importante profilo d'attività in chiave preventiva della corruzione ha riguardato gli adempimenti connessi alle **donazioni ricevute**.

Come noto infatti, soprattutto durante la prima fase acuta dell'infezione si è verificato un sensibile incremento delle donazioni ricevute dall'Azienda, sia in denaro che in beni strumentali e di consumo.

Le predette liberalità, anche in considerazione del considerevole importo, richiedono l'attuazione, da parte degli uffici interessati, di tutte le misure richieste dall'attuale quadro normativo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

In particolare, incombe su ciascun ufficio interessato l'obbligo di pubblicare le somme raccolte e la connessa destinazione (secondo la modulistica di ANAC, definita di concerto con il MEF).

Da segnalare che l'Azienda si è dotata di specifico regolamento, approvato con decreto n. 810 del 15.12.2022, anche su impulso dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC).

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Donazioni	Pubblicazione	SCBPFC/SCAGL/STP/ Ingegneria clinica/SCAGL	Verifiche al 31.5 e al 30.11 dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione, secondo gli indirizzi ANAC/MEF
Donazioni	Regolamentazione	SCBPFC/SCAGL/STP/ Ingegneria clinica/SCAGL	Valutazione della opportunità di implementazione della regolamentazione PAC in materia di donazioni, secondo le indicazioni di ORAC

Un secondo profilo ha invece riguardato gli obblighi connessi all'attuazione di **interventi straordinari e urgenti**.

Come noto, l'art. 42 del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e pubbliche amministrazioni che adottano provvedimenti contingibili e urgenti e in generale provvedimenti di carattere straordinario in caso di calamità naturali o di altre emergenze sono tenute a pubblicare i provvedimenti adottati, con la indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti, i termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari nonché infine il costo previsto degli interventi e il costo effettivo sostenuto dall'amministrazione.

Per quanto concerne l'annualità 2023 l'Azienda valuterà l'opportunità di una procedura comune da applicare a tutte le articolazioni Aziendali in caso si interventi in deroga alla disciplina, anche secondo gli indirizzi dell'ORAC.



Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutte	Trasparenza	Direzione strategica – Dirigenti con potere provvedimentale	Pubblicazione di tutto quanto specificatamente previsto dall'art. 42 del D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33
Tutte	Regolamentazione	Direzione strategica – Dirigenti con potere provvedimentale	Proposta di procedura comune da applicare a tutte le articolazioni Aziendali in caso si interventi in deroga alla Disciplina ORAC.

Un ultimo profilo infine ha riguardato l'implementazione di misure di **prestazione dell'attività lavorativa in modalità agile**.

Detta diversa modalità di svolgimento dell'attività lavorativa si è resa necessaria, soprattutto nelle fasi più acute dell'epidemia, al fine di evitare (ulteriori) occasioni di esposizione al rischio di contagio al personale che poteva comunque prestare la propria attività anche in un luogo diverso dalla sede di lavoro (classicamente la propria abitazione). In materia, recenti interventi normativi hanno imposto alle Pubbliche Amministrazioni l'adozione di specifici atti volti alla regolamentazione dell'istituto anche in un'ottica estensiva della sua applicabilità.

In particolare, ai sensi dell'art. 263 del D.L. n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla L. n. 77 del 2020, entro il 31 gennaio di ciascun anno (a partire dal 2021), ciascuna Pubblica Amministrazione è tenuta a redigere il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance.

Lo stesso deve essere redatto nel rispetto delle "Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance" redatte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica e approvate con il D.M. 9 dicembre 2020 nonché seguendo gli appositi template reperibili sul portale della performance e rilasciati dal Dipartimento della Funzione Pubblica - Ufficio Valutazione della performance.

In estrema sintesi l'elaborato si prefigge l'obiettivo di individuare le modalità attuative del lavoro agile prevedendo nell'arco della sua progettualità triennale che, per le attività che possono essere svolte da remoto, almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene senza penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e di progressione di carriera.

Lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile, seppur evidentemente rappresenta una forma di prestazione dell'attività lavorativa che consenta una minore mobilità sul territorio e pertanto un minor rischio di contagio, oltre ad una migliore conciliazione tra il tempo libero e il tempo dedicato all'attività lavorativa è innegabile come si connota quale attività lavorativa svolta lontano da forme stringenti di controllo quantitativo ancor prima che qualitativo della prestazione. È innegabile infatti che, eccezion fatta per la Dirigenza PTA, il cui recentemente rinnovato CCNL ha di fatto svincolato la prestazione lavorativa da un debito orario, il rapporto sinallagmatico della prestazione lavorativa delle altre qualifiche non può che essere rappresentato dalla prestazione di un debito orario verso una retribuzione commisurata.

In questa ottica, e quantomeno fino ad una rivoluzione culturale che correli la



retribuzione alla performance e non all'orario contrattuale, resta centrale, soprattutto in tema di prevenzione della corruzione nella sua accezione più ampia legata al buon andamento di fonte costituzione, il tema dei controlli.

L'attuale regolamentazione Aziendale, seppur dettata sommariamente in ragione della sua genesi nel pieno dello stato di emergenza, demanda ai singoli Dirigenti la verifica delle attività svolte dal personale in smart working e la congruità delle stesse con l'orario contrattuale dovuto.

In esito a detti controlli, ed in particolare con cadenza mensile, ciascuno di essi deve raccogliere e vagliare la congruità delle dichiarazioni sottoscritte dai dipendenti che hanno beneficiato dello svolgimento dell'attività in modalità agile, conservando la documentazione prodotta

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutte	Prevenzione fenomeni di corruzione	Strutture con personale esercente attività lavorativa in Smart Working	Verifica della congruità della prestazione lavorativa mediante compilazione e tenuta dell'apposita modulistica

Parte V - TRASPARENZA

La trasparenza costituisce presupposto per realizzare una buona amministrazione ma anche misura di prevenzione della corruzione, come la stessa Corte Costituzionale ha evidenziato nella sentenza n. 20/2019, laddove considera la L. n.190/2012 “principio-argine alla diffusione di fenomeni di corruzione”. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce pertanto obiettivo strategico di ogni amministrazione che si concretizza nella definizione di obiettivi/progetti specifici. È infatti evidente la natura trasversale della trasparenza quale misura strumentale alla prevenzione di eventi e fenomeni di natura corruttiva.

Il D.Lgs. n.97/2016 ha abolito l'obbligo dell'adozione di un programma triennale per la trasparenza e l'integrità, stabilendo che ogni amministrazione indichi, in apposita sezione del PTPC, il responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, dell'informazione e dei dati ai sensi dello stesso D.Lgs. n. 97/2016.

Gli adempimenti di trasparenza tengono conto delle prescrizioni contenute nella L. n. 190/2012, nel D.Lgs. n. 33/2013 come novellato dal D.Lgs. n. 97/2016, nel PNA 2016, nella Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016, nel PNA 2022, dove specifica sezione è dedicata alla trasparenza in materia di contratti pubblici, e nelle altre fonti normative vigenti.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre che costituire livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta, come già detto, un valido strumento di diffusione e affermazione della cultura della legalità, nonché di prevenzione e di lotta a fenomeni corruttivi.

Attraverso la pubblicazione on line dei dati e delle informative previste dalla normativa vigente, l'Azienda offre inoltre a tutti i cittadini un'effettiva opportunità di partecipazione e coinvolgimento. In quest'ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, in qualità sia di destinatario delle attività delle Pubbliche Amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

Ai fini di dare attuazione al principio di trasparenza, intesa dal D.Lgs. n. 97/2016 come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni (e non più semplicemente come accessibilità totale delle informazioni relative all'organizzazione e all'attività delle Pubbliche Amministrazioni) e volta non solo a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, ma anche, più in generale, a tutelare i diritti dei cittadini e a promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia, il presente PTPCT riporta in allegato la concreta declinazione degli obblighi di pubblicazione, in forma tabellare.

L'ASST pubblica all'interno del proprio sito internet nella sezione “Amministrazione Trasparente”, una serie di dati ed informazioni concernenti l'organizzazione, il personale, consulenti e collaboratori, bandi di concorso, bilanci, beni immobili e gestione del patrimonio, servizi erogati, pagamenti, opere pubbliche, ecc.

I dati sono pubblicati in modalità “open data” e sono quindi disponibili e accessibili direttamente con un sistema che permette l'elaborazione e il riutilizzo da parte dei cittadini.

Si precisa che, stante la nuova istituzione dell'ASST della Valcamonica, la sezione “Amministrazione trasparente” del sito deve essere *ex novo* implementata. I dati “storici” relativi alla disciolta ASL di Vallecamonica-Sebino rimangono pubblicati, secondo le modalità e le tempistiche previste, in separata sezione dell'“Amministrazione trasparente”

riservata a detta ASL (a cui si accede tramite separato link dalla home page del sito aziendale dell'ASST).

Responsabile per la trasparenza

Il Responsabile per la trasparenza dell'ASST è stato nominato con decreto n. 678/2022, nella persona dell'Avv. Mauro Bazzana, Dirigente professionale avvocato.

Il Responsabile della trasparenza:

- svolge attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Azienda Sanitaria degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;

- segnala all'Organismo Indipendente di Valutazione, rappresentato in Regione Lombardia dal Nucleo di Valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e alla Direzione strategica i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;

- segnala, nei casi più gravi, all'UPD i casi di inadempimento o adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;

- controlla e assicura il regolare svolgimento dell'accesso civico in base a quanto stabilito dal D.Lgs. n. 33/2013;

- segnala al Direttore Generale e al Nucleo di Valutazione gli inadempimenti accertati ai fini della valutazione individuale e della valutazione in merito al futuro rinnovo dell'incarico dirigenziale conferito (art. 21 D.Lgs. n. 165/2001).

In caso di non adempimento del Responsabile degli obblighi di pubblicazione dei dati previsti dalla norma, il cittadino può rivolgersi al Direttore amministrativo, titolare del potere sostitutivo.

Accesso civico e diritto di accesso agli atti (L. n. 241/90)

Con la pubblicazione dei dati previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 l'Azienda garantisce l'accesso civico ovvero la legittimazione generalizzata all'accesso ai dati per i quali la norma prevede la pubblicazione obbligatoria.

L'istituto dell'accesso civico legittima chiunque, indipendentemente dalla presenza di un interesse diretto, concreto e attuale, a richiedere la messa a disposizione e la pubblicazione di tutte le informazioni, i provvedimenti, gli atti e i documenti per i quali la legge impone l'obbligo di pubblicazione: la richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione e il richiedente non necessita di alcuna legittimazione soggettiva qualificata per poter proporre la domanda, la quale non deve essere motivata.

L'istanza di accesso civico è gratuita. Essa deve essere indirizzata al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza il quale nel caso in cui riscontri che i dati la cui pubblicazione obbligatoria non sono stati resi pubblici, provvede alla loro pubblicazione entro 30 giorni. Contestualmente o provvede a trasmettere i dati al richiedente ovvero, in alternativa, comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione e indica il collegamento ipertestuale per la visione.

Se invece i dati oggetto della richiesta di accesso civico risultino già pubblicati, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza si limita a

comunicare al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

Nel caso di ritardo o mancata risposta, il cittadino che ha presentato istanza può rivolgersi al titolare del potere sostitutivo.

Il cittadino che intenda accedere a dati la cui pubblicazione non sia obbligatoria deve invece esercitare il diritto di accesso (previsto dalla L. n. 241/90), presentando istanza motivata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

I dati la cui pubblicazione è resa obbligatoria sono quelli indicati nella tabella allegata.

Ai fini del monitoraggio degli adempimenti il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza convocherà i Direttori/Dirigenti/Responsabili per le verifiche periodiche.

Accesso generalizzato FOIA (Freedom of information act)

L'art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 prevede che "Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis".

Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati, i documenti, le informazioni detenute dalla Pubblica Amministrazione ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito l'obbligo di pubblicazione.

L'Amministrazione ha adottato specifico regolamento, secondo le indicazioni ANAC.

Sono state fornite indicazioni operative per la compilazione e la pubblicazione del Registro dell'accesso.

Obblighi di pubblicazione per la dirigenza sanitaria

Il D.Lgs. n. 33/2013, novellato dal D.Lgs. n. 97/2016, all'art. 41 recante "Trasparenza del servizio sanitario nazionale", alla luce delle linee guida approvate da ANAC con delibera n. 586 del 26.06.2019, adottate a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23.01.2019, stabilisce che per ciascun dirigente titolare di posizione apicale, ovvero direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture complesse, l'oggetto dei dati da pubblicare corrisponde a: l'atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo, il curriculum, i compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica, gli importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici, i dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti, gli eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e l'indicazione dei compensi spettanti, le dichiarazioni di cui all'art. 2 L. n. 441/1982 (consistenti in: 1- una dichiarazione concernente i diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri; le azioni di società le quote di partecipazione a società; l'esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società con l'apposizione

della formula "sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero"; 2- copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche), nonché le attestazioni e dichiarazioni di cui agli artt. 3 e 4 della medesima legge, come modificata dal presente decreto, limitatamente al soggetto, al coniuge non separato e ai parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano. Viene in ogni caso data evidenza al mancato consenso.

Regione Lombardia, con propria nota del 10.10.2019 si è espressa sul punto, considerando più prudente, in considerazione dell'irreversibilità della scelta di pubblicare i dati, attendere chiarimenti da parte delle autorità coinvolte, o dello stesso legislatore, prima di procedere alla pubblicazione, tenuto conto anche del fatto che secondo le indicazioni dell'ANAC, l'obbligo dovrebbe riguardare anche il periodo pregresso per le pubblicazioni che erano state sospese in attesa della definizione del contenzioso costituzionale.

Successivamente in data 29.11.2019 Regione Lombardia ha ritenuto estendere la sospensione non più solo alla pubblicazione dei dati, ma anche alla raccolta degli stessi, poiché si ritiene che la raccolta dei dati è strettamente propedeutica e finalizzata alla pubblicazione, la semplice richiesta, acquisizione e detenzione dei dati costituisce già di per sé un trattamento ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, trattamento che, in questo caso, stante la sospensione della pubblicazione si troverebbe privo di reale giustificazione, ed infine la sospensione sia dell'attività di raccolta sia dell'attività di pubblicazione è scelta reversibile, a differenza della raccolta e/o pubblicazione, e pertanto, l'eventuale danno ai diritti soggettivi.

L'ANAC con delibera n. 1126 del 04.12.2019 ha rinviato la propria attività di vigilanza sull'applicazione dell'art. 14, comma 1, lett. f) D.Lgs. n. 33/2013 alla data dell'01.03.2020 in attesa dell'intervento legislativo nazionale chiarificatore.

Infine, con D.L. n. 162 del 30.12.2019, all'art. 1, comma 7, è stabilito che fino al 31.12.2020, nelle more dell'adozione dei provvedimenti di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzione n. 20/2019, è stabilito che non si applichino le misure di cui agli artt. 46 e 47 del D.Lgs. n. 33/2013 per i soggetti di cui all'art. 14, comma 1-bis. Conseguentemente con regolamento da adottarsi entro il 31.12.2020, sono individuati i dati di cui al comma 1 dell'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013, che le pubbliche amministrazioni devono pubblicare con riferimento ai titolari amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali, comunque denominati, ivi comprese le posizioni organizzative ad essi equiparate.

Gli adempimenti relativi a tale obbligo di pubblicazione sono pertanto condizionati dalle previsioni di cui sopra.

Modalità di raccolta dei dati

Il Responsabile della trasparenza convoca il gruppo di supporto per la trasparenza almeno due volte l'anno per monitorare il rispetto degli obblighi di pubblicazione: prima dell'approvazione del Piano della performance e del Programma triennale per la trasparenza e dopo l'approvazione del bilancio consuntivo dell'esercizio.

La tabella allegata al presente documento specifica, per ciascun obbligo di pubblicazione, i soggetti che il Responsabile ha individuato quali responsabili per l'elaborazione e la predisposizione dei dati soggetti a pubblicazione obbligatoria.

Modalità di pubblicazione

In relazione agli obblighi di pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente” del portale web dell’ASST i dati, le informazioni e i documenti sono quelli previsti dall’Allegato al D.Lgs. n. 33/2013 e dalla Delibera CIVIT n. 50/2013, così come dettagliati e aggiornati dall’ANAC.

La struttura delle sezioni e sotto-sezioni pubblicate sul sito rispetta quella contenuta nel predetto allegato, in modo che sia coerente con gli strumenti di misurazione e controllo implementati dal Dipartimento della Funzione Pubblica (“Bussola della Trasparenza”).

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi dell’art. 8, comma 3, D.Lgs. n. 33/2013, sono pubblicati per un periodo di 5 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 norme. Alla scadenza del termine di durata i dati saranno comunque conservati e resi disponibili all’interno di distinte sezioni del sito d’archivio.

Tutti i dati, le informazioni e i documenti sono pubblicati in formato aperto affinché i portatori di interessi possano liberamente consultarli, estrarli e rielaborarli.

Misure di monitoraggio e di vigilanza volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi e l’attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto dell’attività di controllo

Il Programma triennale per la trasparenza richiede una attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti interni all’Amministrazione sia da parte di soggetti esterni (Organismo Indipendente di Valutazione - NVP).

Monitoraggio interno

Per quanto concerne il monitoraggio interno, viene *in primis* effettuato in maniera costante dai Responsabili della pubblicazione e dell’aggiornamento dei dati, che dovranno produrre annualmente una attestazione in ordine all’effettivo adempimento degli obblighi di rispettiva competenza, da trasmettere al Responsabile della trasparenza, il quale, a sua volta, procederà ad un controllo successivo congiuntamente al Responsabile della prevenzione della corruzione (se diverso) ed alla Direzione strategica.

Audit dell’OIV

La normativa e le indicazioni ANAC in merito ai controlli attribuiscono all’Organismo Indipendente di Valutazione, o analoga struttura, importanti compiti in materia di verifica sull’assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un’attività di audit. In base alle indicazioni regionali, il NVP è stato individuato per la certificazione delle griglie di verifica dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione, oggetto di precise indicazioni da parte dell’ANAC. Il procedimento e le modalità seguite dal NVP per condurre il monitoraggio possono essere di diverso tipo, quali, a solo titolo di esempio, verifica dell’attività svolta dal Responsabile della Trasparenza per riscontrare

l'adempimento degli obblighi di pubblicazione; esame della documentazione e delle banche dati relative ai dati oggetto di attestazione; colloqui con i Responsabili della pubblicazione dei dati; verifica sul sito istituzionale.

Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente"

È intendimento dell'Azienda procedere, nel medio termine, al monitoraggio sistematico degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale e la predisposizione di un questionario finalizzato all'acquisizione di elementi informativi relativi all'effettivo utilizzo dei dati da parte dei visitatori della sezione "Amministrazione Trasparente".

Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico

L'Azienda è impegnata nella messa in atto di iniziative finalizzate ad assicurare la piena disponibilità del diritto di accesso a tutti i dati e/o documenti per i quali la normativa di riferimento prevede l'obbligo di pubblicazione sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

La richiesta di "accesso civico" non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e deve essere presentata al Responsabile della trasparenza dell'Azienda, secondo quanto statuito.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutte	Trasparenza	Tutte le articolazioni aziendali	Report al 31.5 e al 30.11 sul rispetto degli obblighi di pubblicazione (tabella ANAC).
Tutte	Accesso civico	URP	Report al 31.5 e al 30.11 sull'applicazione delle disposizioni in materia di accesso civico (pubblicazione registro degli accessi; segnalazione anomalie etc