



PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ DELL'ASST DELLA VALCAMONICA (2019 - 2021)





INDICE GENERALE

PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO

Premessa

Analisi del contesto esterno (situazione economico – sociale)

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

Analisi del contesto interno

Direzione Generale

Direzione Amministrativa

Direzione Sanitaria

Direzione Socio Sanitaria

Processo di adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione

Durata e iniziative già intraprese in materia di corruzione e trasparenza

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

Soggetti con funzioni di controllo

Definizione di corruzione

Finalità del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

I SOGGETTI E I RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE

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

Gli altri soggetti coinvolti nella Prevenzione della corruzione

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

Ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) e del Collegio Sindacale

Ruolo dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari

Ruolo dei dipendenti e dei collaboratori dell'Azienda

Ruolo dell'Ufficio Qualità

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

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

Autorità Regionale Anti Corruzione

GESTIONE DEL RISCHIO

Gestione del rischio: fondamento normativo e ruolo del PTPC

L'iter procedurale

Definizione del contesto

Valutazione del rischio e conseguente ponderazione/trattazione dello stesso

Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n.12/2015 - affari legali e contenzioso

Aree di rischio specifiche di cui alla Deliberazione ANAC n.12/2015 parte speciale I "contratti pubblici"

Aree di rischio specifiche di cui alla Deliberazione ANAC n.12/2015 parte speciale II "sanità"



Incarichi e nomine

Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Attività libero professionale e liste di attesa

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Altre misure preventive generali

FORMAZIONE IN TEMA DI ANTICORRUZIONE

CODICI DI COMPORTAMENTO

ALTRE INIZIATIVE

Rotazione del personale

Gestione del conflitto d'interesse

Conferimento e autorizzazione incarichi extra-istituzionali

Flussi informativi verso il Responsabile della prevenzione della corruzione

Gestione del conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (revolving doors – pantouflage)

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

Tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (whistleblowing)

Iniziative di comunicazione/partecipazione/sensibilizzazione

Piano delle Performance

Monitoraggio dei tempi procedimentali

Patti di integrità negli affidamenti

Attuazione del Decreto del Ministero dell'Interno 25.9.2015 in materia di riciclaggio

Aggiornamenti del documento

SEZIONE DEDICATA A TRASPARENZA E INTEGRITÀ'

Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità

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

Accesso generalizzato FOIA (Freedom of information Act)

Modalità di raccolta dei dati

Modalità di pubblicazione

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

Monitoraggio interno

Audit dell'OIV

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

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



PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO

Premessa

Il presente Piano triennale per la prevenzione della corruzione (PTPC) 2019 - 2021, redatto dal Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ASST della Valcamonica - ai sensi dell'art.1, co.5 e 60 L n.190/2012, si conforma alle indicazioni in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione approvato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, così come da ultimo aggiornato con determinazione ANAC n.1074 del 21.11.2018.

Esso effettua, a livello decentrato (come previsto dal PNA) e nel particolare contesto dell'ASST della Valcamonica, l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e indica gli interventi organizzativi adottati al fine di prevenirli.

Elemento peculiare del presente piano è la circostanza che l'ASST della Valcamonica è un ente pubblico appartenente al servizio sanitario regionale (SSR) di recente costituzione, istituito con decorrenza 1.1.2016 dalla Legge regionale n.23/2015 che ha previsto una complessiva riforma del Servizio Sanitario Lombardo

Sotto il profilo formale, il presente Piano triennale costituisce il terzo aggiornamento dell'atto programmatico del 2016 (PTPC 2016) per detta ASST. In ragione del principio, chiaramente espresso dalla determinazione ANAC n.12/2015, di continuità delle misure preventive, deve fin d'ora segnalarsi che il Piano triennale dell'ASST della Valcamonica rappresenta, per le attività di propria competenza, naturale prosecuzione e aggiornamento del Piano triennale 2015-2017 già adottato dalla disciolta ASL di Vallecmonica Sebino (nei rapporti della quale succede ex lege l'ASST della Valcamonica) con riferimento alle funzioni non diversamente allocate e, più recentemente, dal PTPC 2016, 2017 e 2018 dell'ASST.

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 slm) 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 SS42 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 nel 2017 a 100.327 unità. Dall'ultima



rilevazione effettuata, in data 01.01.2018 (ISTAT), il numero della popolazione residente si attesta su 101.161 unità, di cui 50.488 di sesso femminile e 49.673 di sesso maschile. Il Comune con maggiore popolazione è Darfo Boario Terme che presenta, al 31.12.2018 un numero di residenti pari a 15.691 suddivisi in 6.803 nuclei familiari.

L'ambito territoriale dell'ASST della Valcamonica comprende 41 Comuni, corrispondenti ai 42 già afferenti alla disciolta ASL di Vallecamonica Sebino (in ragione della fusione dei Comuni di Bienno e Prestine nel municipio ora denominato "Bienno"), con una superficie totale di 1.305,19 Km² e una popolazione così distribuita:

	Comune	Popolazione residenti	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Altitudine m s.l.m.
1	Angolo Terme	2.386	30,56	78,07	426
2	Artogne	3.632	21,02	172,79	266
3	Berzo Demo	1.638	15,46	105,95	790
4	Berzo Inferiore	2.480	21,92	113,14	356
5	Bienno	3.792	30,54	124,17	445
6	Borno	2.662	30,50	87,28	912
7	Braone	682	13,36	51,05	394
8	Breno	4.821	59,94	80,43	343
9	Capo di Ponte	2.471	18,11	136,44	362
10	Cedegolo	1.173	11,08	105,87	413
11	Cerveno	656	21,55	30,44	500
12	Ceto	1.886	32,30	58,39	453
13	Cevo	865	35,47	24,39	1.070
14	Cimbergo	539	24,71	21,81	850
15	Civate Camuno	2.773	3,31	837,76	274
16	Corteno Golgi	1.962	82,61	23,75	925
17	Darfo Boario Terme	15.595	36,07	432,35	218
18	Edolo	4.564	88,90	51,34	699
19	Esine	5.249	30,31	173,18	286
20	Gianico	2.152	13,38	160,84	281
21	Incudine	371	19,67	18,86	910
22	Losine	613	6,26	97,92	391
23	Lozio	404	23,74	17,02	975
24	Malegno	1.981	6,89	287,52	328
25	Malonno	3.183	31,46	101,18	596
26	Monno	540	31,03	17,40	1.066
27	Niardo	1.995	22,16	90,03	442
28	Ono San Pietro	972	13,78	70,54	516
29	Ossimo	1.440	14,86	96,90	869



30	Paisco Loveno	190	35,87	5,30	853
31	Paspardo	600	11,15	53,81	978
32	Pian Camuno	4.682	10,95	427,58	244
33	Piancogno	4.671	14,30	326,64	250
34	Pisogne	7.982	49,23	162,14	187
35	Ponte di Legno	1.730	100,43	17,23	1.257
36	Saviore dell'Adamello	886	84,27	10,51	1.210
37	Sellero	1.441	14,47	99,59	476
38	Sonico	1.265	60,89	20,78	650
39	Temù	1.105	43,26	25,54	1.144
40	Veza d'Oglio	1.443	54,15	26,65	1.080
41	Vione	689	35,27	19,54	1.250
Totale		100.161	1.305,19	76,74	

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

	Valle Camonica	Lombardia	Italia
Superficie	1.305,19 Km ²	23.861,8 Km ²	301.338 Km ²
Residenti al 1.1.2018	100.161	10.036.258	60.483.973
Densità abitativa	76,74 ab/Km ²	420,59 ab/Km ²	200,71 ab/Km ²

	Valle Camonica	Lombardia	Italia
Totale residenti al 01.01.2018	100327	10.036.258	60.483.973
Popolazione 0-14 anni (%)	21,8	22,4	22,6
15-64 anni (%)	64,0	63,8	64,1
≥ 65 anni (%)	14,2	13,8	13,4
Indice di vecchiaia	160,7	162,2	168,9
Indice di invecchiamento	21,5	22,4	21,4
Tasso di natalità	7,7	7,9	7,6
Tasso di mortalità	9	9,9	10,7
Indice di dipendenza strutturale	53,6	56,8	56

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.

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



La percentuale di popolazione straniera sulla popolazione residente in Valle Camonica si assesta sul valore dell'8 - 8,5%, con la più alta percentuale di stranieri nel Comune di Darfo BT (16% circa), valore simile alle zone a forte urbanizzazione mentre in altri Comuni i valori in percentuale oscillano fra il 2% e il 6%. Il "3^a Report Immigrazione straniera in Vallecamonica" evidenzia come dall' 1.1.2003 al 30.6.2011, la popolazione di origine straniera ha avuto un incremento in valore assoluto pari a 6.332 individui, passando da 2.339 a 8.671 individui mentre nello stesso arco di tempo la popolazione di nazionalità italiana ha avuto una riduzione di 627 persone.

Il 31,32% degli stranieri proviene da Paesi dell'Unione Europea, il 35,39% proviene da altri Paesi europei, il 21,04% dall'Africa, il 6,55% dall'America e il 5,71% dall'Asia. Qualunque sia il continente di origine la maggioranza della popolazione straniera vive nella zona di Darfo BT (38,92%) e nella zona di Pisogne (19,85%). Le zone che seguono sono la Media Valle, la zona di Breno e la Valgrigna.

Grazie all'Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità - Osservatorio Provincia di Brescia, si possono ricavare alcuni dati, aggiornati all'1 luglio 2013, molto interessanti relativi alla presenza regolare e irregolare degli stranieri.

	Totale presenze in generale	Di cui IRREGOLARI	Tasso irregolarità
Distretto Vallecamonica	9.720	630	6,48%
Provincia Brescia	198.500	13.000	7,0%

Il Distretto di Vallecamonica (dati 2011) possiede il numero minore di irregolari a livello provinciale e di conseguenza ha il tasso di irregolarità minore tra i Distretti bresciani. A differenza però del totale della Provincia di Brescia e di tutti gli altri Distretti, l'irregolarità femminile è maggiore che l'irregolarità maschile.

	Totale presenze maschi	Di cui IRREGOLARI	Tasso irregolarità
Distretto Vallecamonica	5.510	340	6,1
Provincia Brescia	103.800	8.400	8,1

	Totale presenze femmine	Di cui IRREGOLARI	Tasso irregolarità
Distretto Vallecamonica	4.210	290	6,8
Provincia Brescia	94.700	4.600	4,9

Il fenomeno dell'irregolarità sembra comunque subire negli ultimi anni una significativa contrazione, soprattutto a livello provinciale.

I dati di cui sopra, per un aggiornamento dei quali sono state formulate richieste ai competenti enti locali (con particolare riferimento alla Comunità Montana del Sebino Bresciano), si ritiene possano essere comunque identificativi delle caratteristiche del territorio ove l'ASST opera.

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 e pubblicate sul sito della Camera dei Deputati (con particolare riferimento a: "Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata - anno 2016" trasmessa alla Presidenza del Senato della Repubblica in data 15.1.2018, reperibile e "Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione



investigativa antimafia (DIA) - secondo semestre 2017”, trasmesso alla Presidenza della Camera dei Deputati in data 04 luglio 2018.

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 alla detenzione e distribuzione di 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.).

Non risultano note, in fase di redazione del presente Piano, situazioni macroscopiche, sul territorio, di reati di rilievo ai fini dell'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione. Si segnala che, con riferimento a fatti del secondo semestre 2017 e 2018, risulta notorio, attraverso fonti giornalistiche, come sul territorio siano in corso indagini per presunti delitti contro la pubblica amministrazione connessi alla scelta del contraente nell'ambito di procedure per l'affidamento di lavori, servizi e forniture.

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

Con la LR 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)” 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 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 LR 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 LR 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 LR n.23/2015;
- Enti locali (Comuni e provincia di Brescia) e loro forme associative (Comunità Montana di Vallecamonica, Comunità Montana del Sebino Bresciano, Consorzio BIM – Bacino Imbrifero Montano di Vallecamonica), 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, Esine e i poliambulatori di Darfo, 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'attivazione 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 (in questa direzione il nuovo POAS esige l'attivazione del dipartimento interaziendale dei servizi). 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.

Analisi del contesto interno

La circostanza dell'attuazione della LR 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 programmatoria 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.

Il Piano di Organizzazione Strategico (POAS) dell'ASST della Valcamonica, già preliminarmente approvato con decreto n.661/2016, è stato oggetto di rilievi da parte di Regione Lombardia, in sede di controllo preventivo ai sensi della LR n.23/2015. Pertanto, con successivo decreto n.145/2017, detto POAS, emendato in taluni aspetti (ancorchè non relativi a profili "core" della proposta aziendale) è stato adottato nel suo testo definitivo, recepito da Regione Lombardia con DGR n.X/6298/2017 del 6.3.2017, concernente "Determinazioni in ordine al Piano di Organizzazione Aziendale Strategico della Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valcamonica ai sensi e per gli effetti dell'art.17, c.4 della Legge Regionale n.33 del 30.12.2009, come modificata con Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015 e smi". Con decreto n.191/2017 si è provveduto alla presa d'atto a livello aziendale della menzionata DGR. Nel corso del 2018 si proceduto, nel rispetto della programmazione di cui al POAS, all'attuazione concreta degli assetti, anche attraverso il conferimento dei relativi incarichi di responsabilità.

Si rappresenta che la LR 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 la 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.

Si segnala altresì che la LR n.23/2015 è stata oggetto, ad opera della LR 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, co.19 LR 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. Poiché la "devoluzione" di tali materie avrebbe come conseguenza l'ampliamento delle competenze, delle risorse umane e materiali e dei procedimenti dell'ASST, nell'ipotesi di attuazione, nel corso del 2019 delle disposizioni citate, si dovrà programmare un aggiornamento del Piano.

Di più, la LR n.23/2015 innova profondamente l'assetto organizzativo sanitario lombardo 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

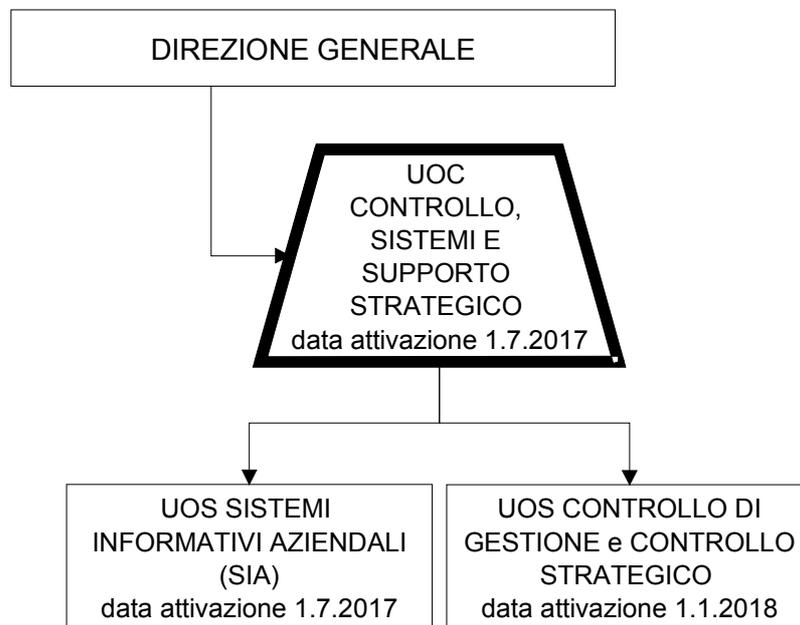


con patologie croniche. L'ASST della Valcamonica, in riferimento a queste istanze, presenta caratteristiche peculiari: l'erogatore pubblico è sostanzialmente monopolista e ciò condiziona sia il rapporto con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sia con gli altri erogatori dell'ambito 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.

Di seguito un compendio dell'organizzazione prevista dal nuovo POAS.

Direzione Generale

La Direzione Generale viene strutturata seguendo le linee guida regionali, ma mantenendo un assetto snello le funzioni previste vengono gestite da uffici in staff ed è istituita un'unica struttura complessa (“UOC Controllo, sistemi e supporto strategico”), articolata in due strutture semplici (“Servizi informativi aziendali” e “Controllo di gestione e controllo strategico”), con il compito di coordinare e gestire le funzioni di controllo, di valutazione e di implementazione dei servizi informativi.

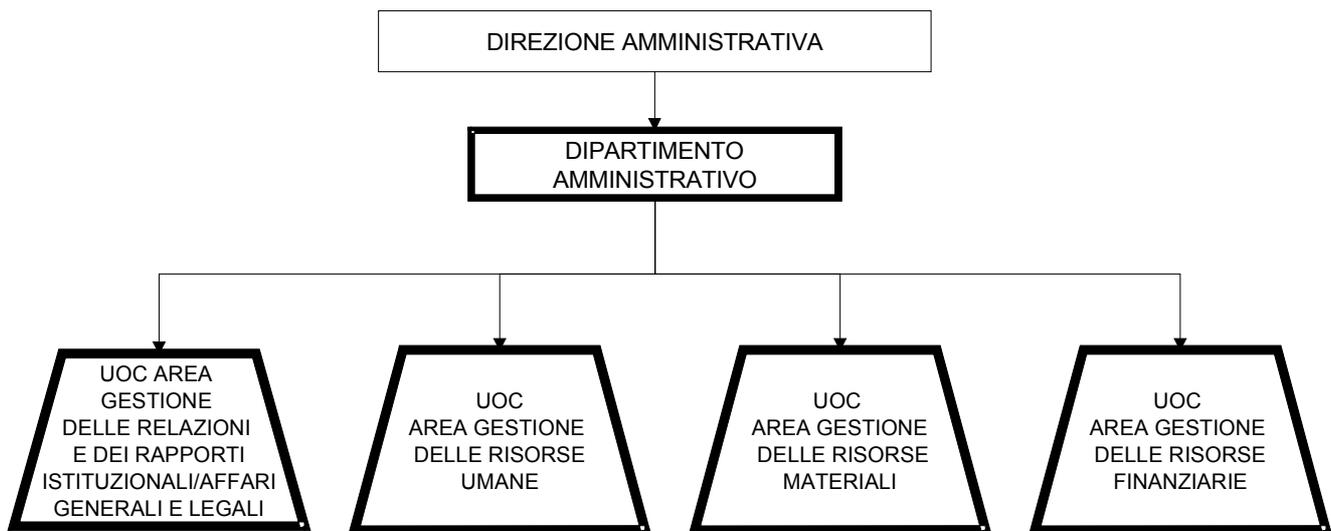
**DIREZIONE GENERALE E
ORGANI IN STAFF**



Direzione Amministrativa

Le funzioni proprie della direzione amministrativa sono state organizzate, in un'ottica di razionalizzazione e di condiviso supporto alle attività ospedaliere e territoriali, in quattro strutture complesse, corrispondenti alle principali aree di azione: Affari generali e legali /AGR, Area Gestione delle Risorse Umane, Area Gestione delle Risorse Finanziarie, Area Gestione delle Risorse Materiali, con il compito di assicurare gli strumenti (materiali, umani, tecnici e culturali) per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie della rete territoriale e del polo ospedaliero. Costituiscono uffici in staff del dipartimento amministrativo gli uffici "Servizio Tecnico Patrimoniale" (chiamato in particolare alla gestione del patrimonio immobiliare) e "Controlli Interni" che si coordinerà con la Struttura di supporto Strategico della Direzione Generale.

DIREZIONE AMMINISTRATIVA





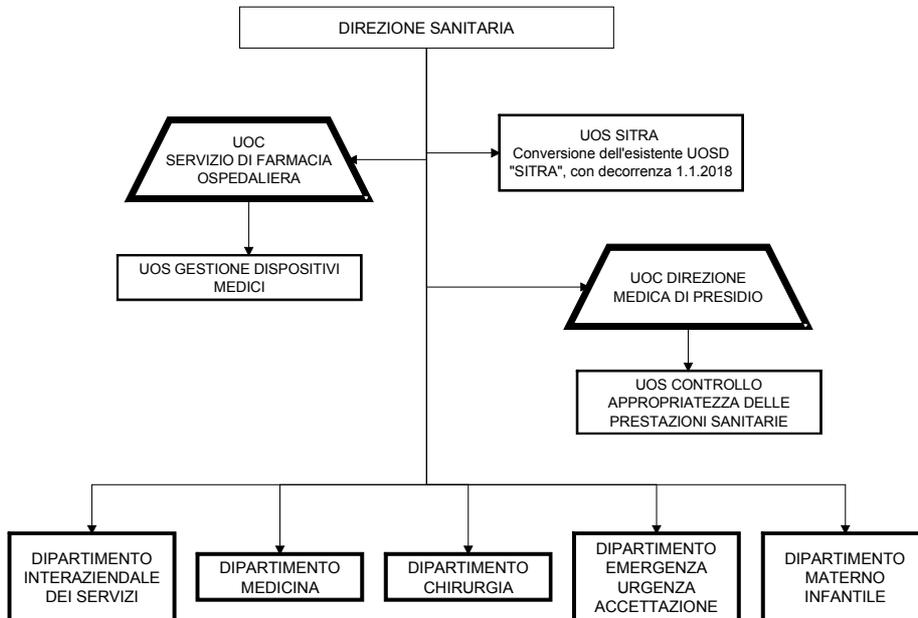
Direzione Sanitaria

La Direzione Sanitaria Aziendale partecipa alla definizione delle politiche, delle linee strategiche e delle priorità della pianificazione aziendale allo scopo di raggiungere gli obiettivi di salute e di realizzare la migliore composizione tra le caratteristiche di efficacia, efficienza e qualità dei servizi sanitari erogati. La Direzione Sanitaria, secondo le previsioni regionali, oltre a sovrintendere al polo ospedaliero (articolato nelle sedi di Esine e Edolo), si occupa anche della supervisione degli edifici e delle attività logistiche prima afferenti ai servizi distrettuali. Compito della Direzione Sanitaria è anche quello di integrarsi con le attività della Direzione Socio Sanitaria, responsabile dei percorsi e dei processi trasversali, "core" dell'attività di presa in carico del paziente guidando i Dipartimenti Ospedalieri e le loro articolazioni nel percorso di integrazione. I dipartimenti ospedalieri gestiscono le articolazioni (complesse o semplici) tra loro omogenee con la particolare mission di un'offerta efficace ed efficiente di servizi di qualità. In un'ottica di stretta connessione con le altre aziende del SSR, si propone il "dipartimento inter aziendale dei servizi", di natura funzionale, con l'ASST della Franciacorta. Inoltre, pur costituendo un proprio dipartimento gestionale materno infantile, è stata concordata con l'ASST Spedali Civili di Brescia l'adesione al dipartimento funzionale "ostetrico, ginecologico e neonatale" e al dipartimento funzionale "pediatrico", in ragione della constatazione che il territorio dell'ASST costituisce uno "spoke" e che la ASST di Brescia ne è il naturale "hub". Si sottolinea la disponibilità di sviluppare ulteriori collaborazioni con la ASST di Brescia, con la ASST della Franciacorta e con l'ASST Bergamo Est, sia allo scopo di creare ulteriori integrazioni tra le varie unità operative, ma anche di implementare percorsi di accompagnamento dei pazienti, con particolare riferimento ai casi più complessi. Per quanto attiene all'applicazione del DM n.70/2015, si evidenzia la situazione periferica dell'intera Valcamonica i cui cittadini, in assenza del Presidio Ospedaliero di Valcamonica, sarebbero costretti a percorsi molto lunghi (la Vallecamonica ha uno sviluppo di circa 100 Km ed i cittadini più a sud impiegano circa 60 minuti per raggiungere gli Ospedali "hub" pubblici e privati di Brescia e Bergamo). Si sottolinea che la sede di Edolo è organizzata come un Ospedale di base in area montana con un'area funzionale omogenea (AFO) medica, una chirurgica e con Pronto Soccorso e servizi diagnostici direttamente gestiti dalla sede centrale.

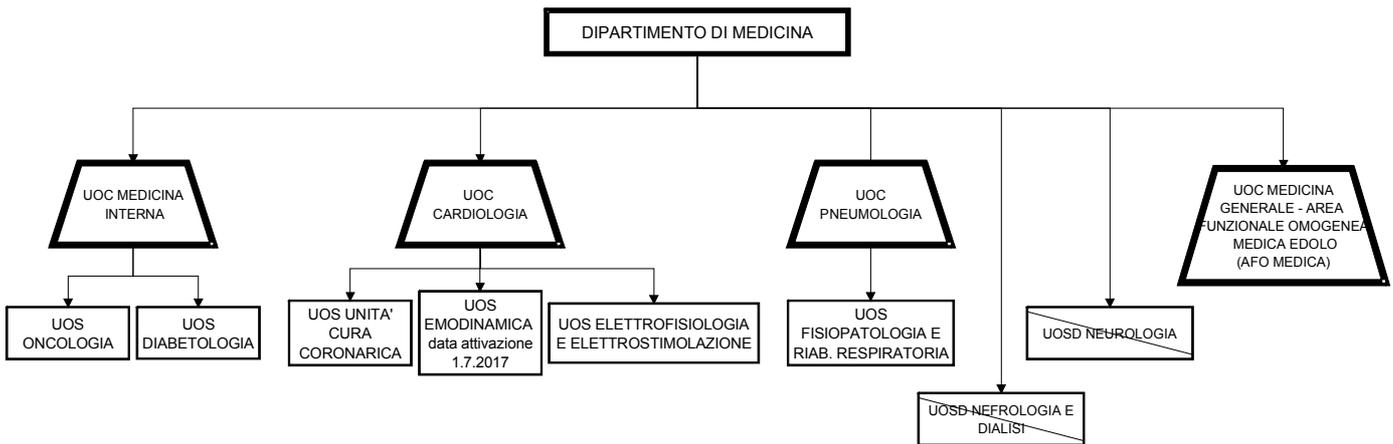
Nel corso del 2018 è stata formulata istanza a Regione Lombardia di modifica del POAS, limitatamente alla conversione dell'UOS "Endoscopia chirurgica" nell'UOS "Urologia". Detta istanza ha trovato formale parere favorevole da parte dell'ATS della Montagna. Allo stato Regione Lombardia non ha manifestato i suoi orientamenti sul punto. E' in corso, ad opera della Direzione medica di Presidio (struttura in staff alla Direzione sanitaria) e dall'Ufficio Qualità (in staff alla Direzione generale) un'opera di riallineamento, di concerto con l'ATS della Montagna e sotto la guida di Regione Lombardia, tra gli assetti accreditati e l'organizzazione del vigente POAS.



DIREZIONE SANITARIA E ORGANI IN STAFF

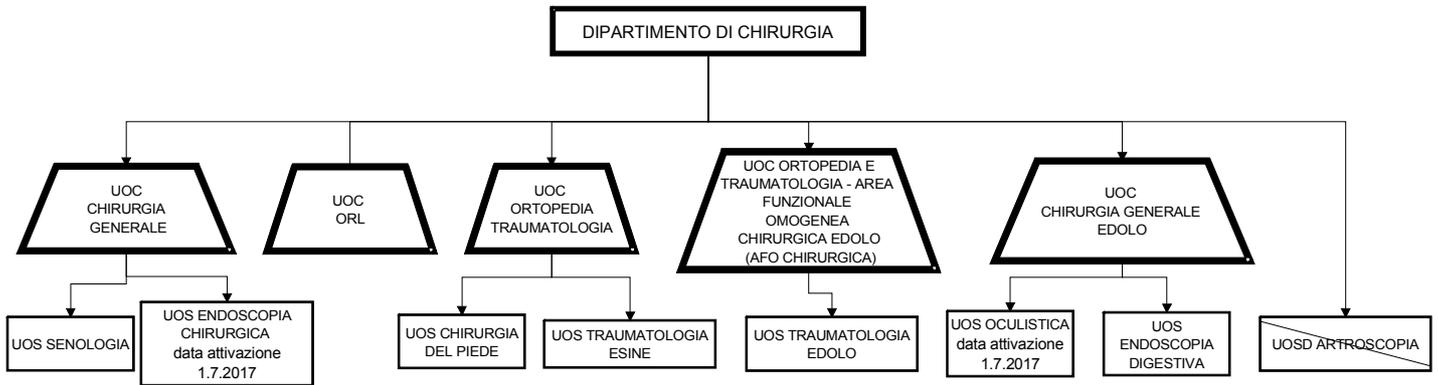


DIPARTIMENTO DI MEDICINA

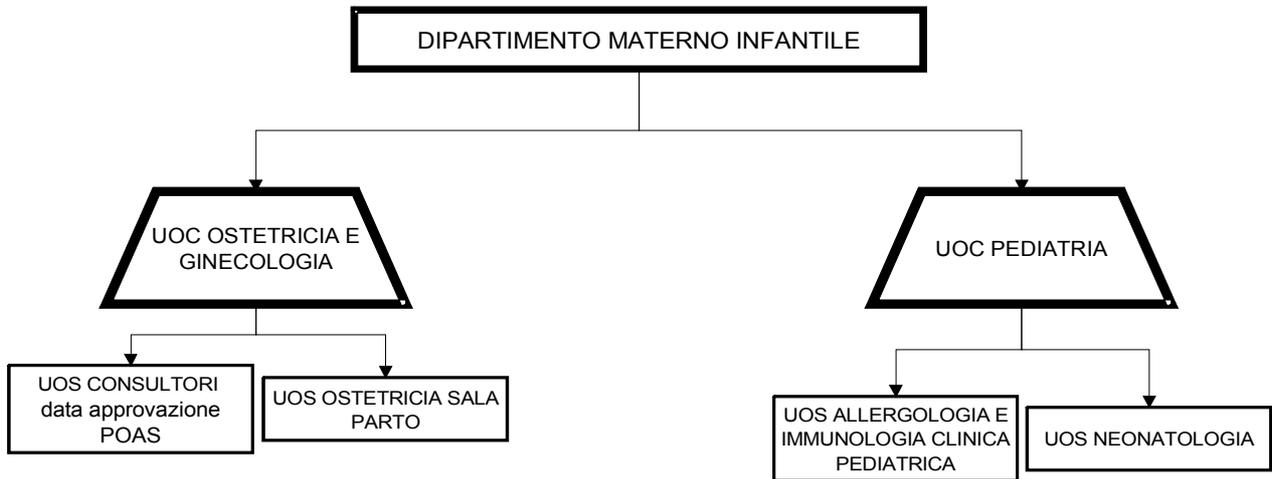




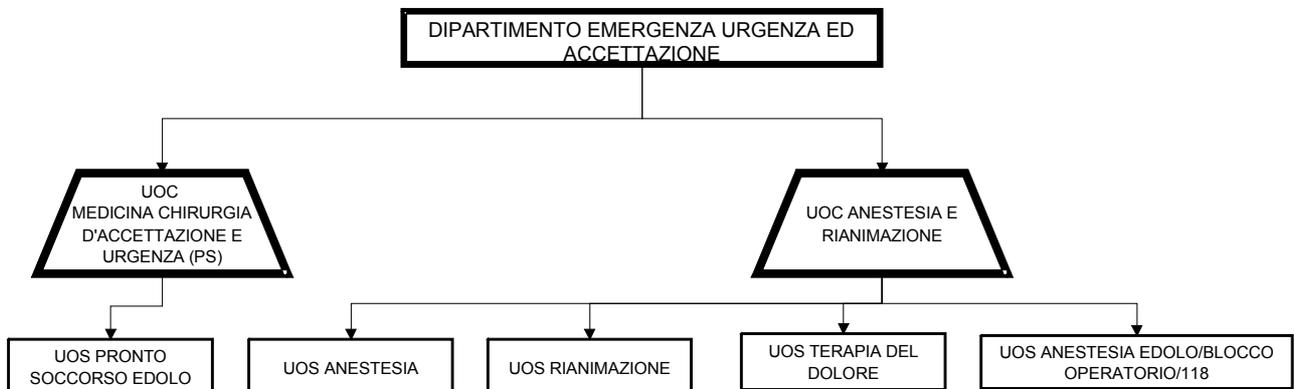
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

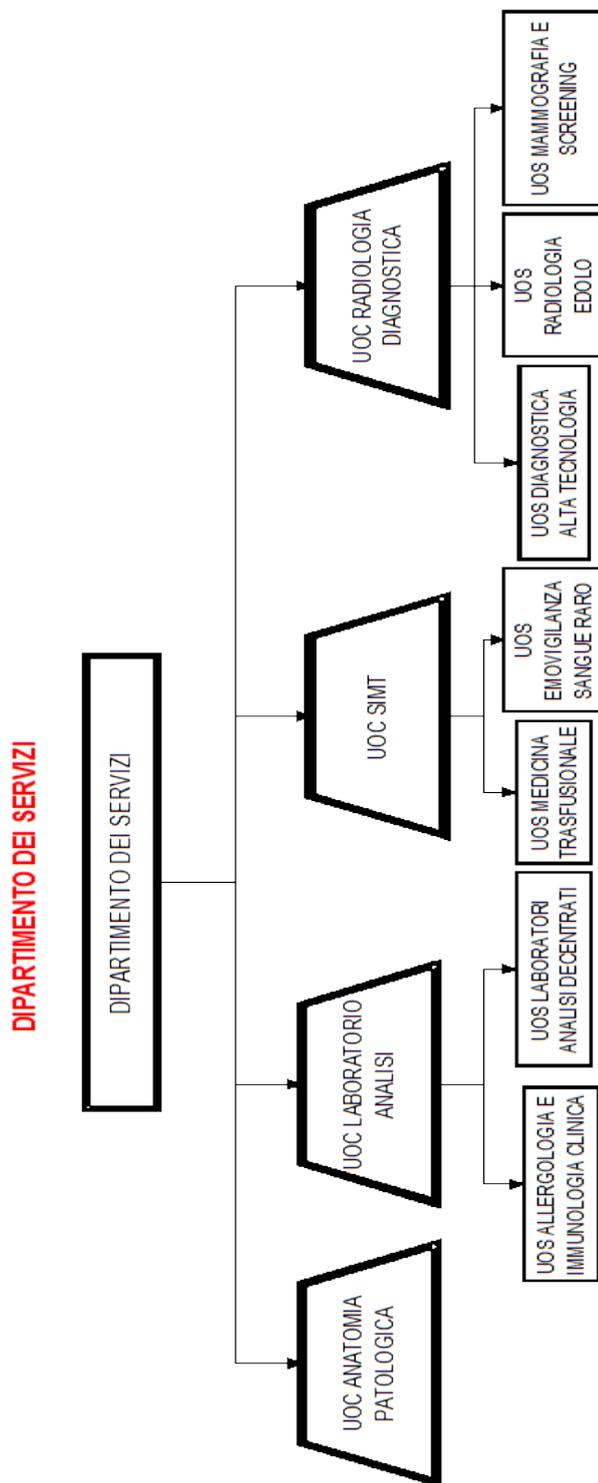


DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE



DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA ED ACCETTAZIONE

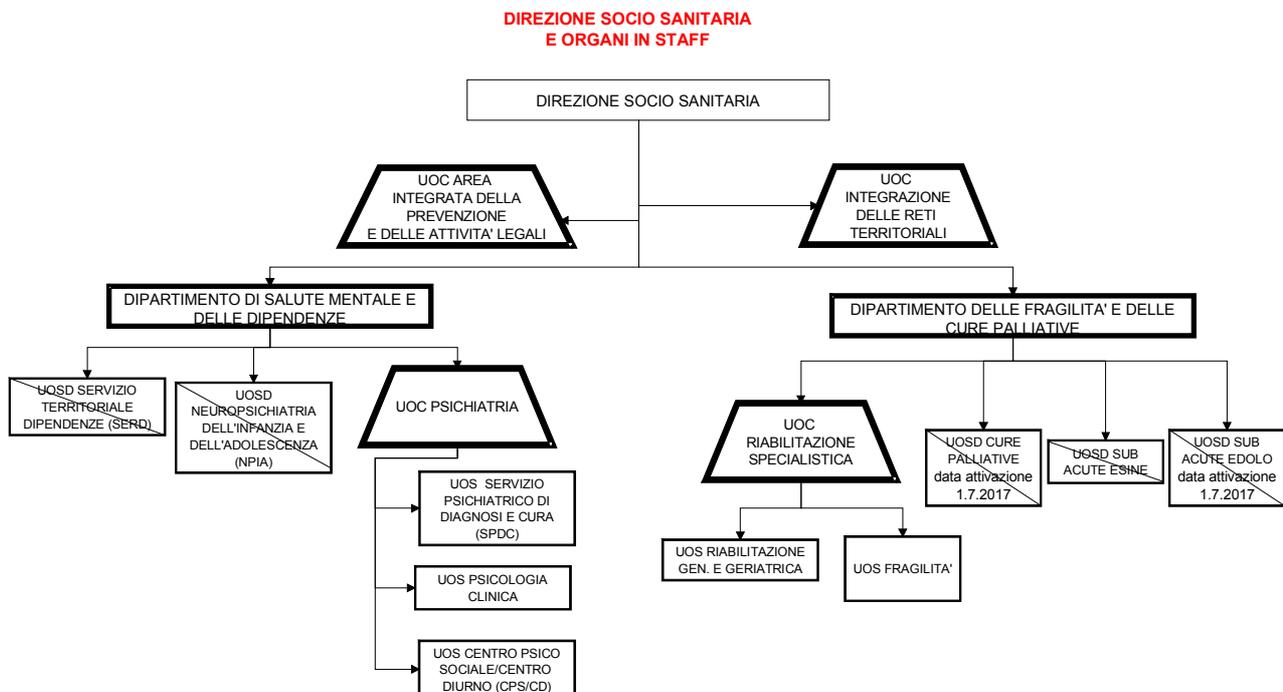






Direzione Socio Sanitaria

La Direzione Socio Sanitaria presiede alla conduzione delle strutture afferenti alla "rete territoriale" di cui alla LR n.23/2015 e dei percorsi di presa in carico dei pazienti, anche quando coinvolgono il polo ospedaliero. Il settore rete territoriale eroga le prestazioni distrettuali di cui al D.Lgs n.502/1992: prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità e le cure intermedie, oltre alle funzioni e prestazioni medico-legali. La sfida è la costruzione di percorsi trasversali Ospedale/Territorio, al fine di condividere le risorse produttive e superare la frammentazione degli interventi, nonché di garantire una continuità assistenziale in cui al centro è posto il paziente. La presa in carico dovrà avvenire pertanto attraverso la pianificazione del percorso di cura, in cui non vi sarà una separazione nell'erogazione delle differenti prestazioni, ma al contrario una ricomposizione di un ambito unitario di erogazione, più funzionale ai bisogni del paziente, attraverso processi orizzontali di raccordo della rete dei Servizi, sia interni alla ASST, sia esterni, in grado di garantire il pieno rispetto della volontà del paziente e la sua libertà di scelta. Per il perseguimento di detti obiettivi la Direzione Socio Sanitaria si avvale di una struttura complessa in staff ("Integrazione delle reti territoriali") con l'obiettivo di dare stabile strutturata attuazione alle previsioni regionali in materia di rete integrata di continuità clinico assistenziale (RICCA) e finalizzata ad assicurare un'effettiva attività da parte dei process owners dei dipartimenti funzionali e delle reti integrate. Afferisce alla Direzione socio sanitaria il Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze ed il Dipartimento delle fragilità e delle cure palliative.





L'avvio degli assetti di detto POAS è stato previsto per il 1.7.2017, con l'effetto che, la nuova organizzazione può dirsi certamente di recente implementazione, anche con evidenti effetti per la materia di cui al presente Piano. Di più talune modifiche sono state postergate nella loro concreta attuazione nel corso del 2018 o nel 2019. Al fine di rendere più chiaro e lineare il passaggio organizzativo sono stati adottati provvedimenti attuativi del POAS relativi a ciascun dipartimento aziendale ed a ciascuna struttura in staff alle Direzioni, al fine di assicurare la prosecuzione delle funzioni già proprie della pregressa articolazione e di individuare i nuovi centri di funzioni. A detti provvedimenti, anche per gli effetti sui relativi incarichi dirigenziali, si rimanda per completezza.

L'Azienda, nel limite nelle facoltà riconosciute dalla normativa e da Regione Lombardia (anche con riferimento alle risorse finanziarie), ha provveduto al conferimento degli incarichi di responsabilità dei dipartimenti aziendali e di talune strutture complesse, centro di rilievo anche per le responsabilità dei procedimenti a potenziale rischio corruttivo.

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 502/1992 e della LR n.33/2009. il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Direttore Socio Sanitario. In particolare, durante l'anno 2018 le cariche sono state rispettivamente ricoperte dal Dr. Raffaello Stradoni (nominato con DGR n.X/4462/2015), dal Dott. Giuseppe Ferrari (nominato con decreto n.250/2016 in sostituzione del dimissionario Avv Ugo Palaoro, nominato con decreto n.2/2016), dal Dr. Marcello Acciaro (nominato con decreto n.3/2016) a cui è succeduto a far data dal 15.7.2018 il Dr Fabio Pajola (nominato con decreto n.724/18) e la Dr.ssa Maria Assunta De Berti (nominata con decreto n.4/2016).

A partire dal 1.1.2019, in esecuzione della DGR n.XI/1085/2018 è, ad ogni effetto, formalmente insediato il Dr Maurizio Galavotti quale nuovo Direttore Generale. Gli ulteriori componenti della Direzione Strategica sono invece stati individuati, in attesa delle determinazioni regionali, mediante proroga del Dott. Ferrari, quale Direttore Amministrativo (decreto n.2/2019) del Dr. Pajola, quale Direttore Sanitario (decreto n.3/2019). Quanto al Direttore Socio Sanitario, si è disposta la proroga dell'incarico (già conferito con precedenti atti nei casi di assenza e/o impedimento del Direttore Socio Sanitario) di Direttore Socio-Sanitario facente funzioni al Dr Vincenzo Zindato.

L'incarico di Direttore Generale è conferito con decorrenza dall'1.1.2019 e per un quinquennio, salve le specifiche ipotesi previste dalla DGR di nomina.

Le proroghe degli incarichi di Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Socio-Sanitario ff hanno efficacia fino alla nomina, da parte del Direttore Generale, dei Direttori Strategici in esito alle procedure per la formazione dei relativi nuovi elenchi e comunque non oltre al 28.2.2019.

Il presente Piano viene dunque adottato in una situazione di sostanziale provvisorietà relativa agli incarichi amministrativi di vertice dell'ASST.



Le risorse umane in forza presso l'ASST possono essere compendiate come dal prospetto di seguito presentato (rilevazione per teste al 31.12.2018).

	Tempo Indeterminato	Tempo Determinato	Totale
Pers. Infermieristico	462	11	473
Pers. Tecnico Sanitario	71	6	77
Pers. Riabilitazione	44	5	49
Pers. Vigilanza/Ispezione	7	1	8
Ota/Oss	144	18	162
Assistenti Sociali	13	/	13
Pers. Tecnico non Sanitario	68	/	68
Pers. Amministrativo	119	1	120
Ausiliari	19	/	19
Totale Comparto	947	42	989
Dirigenti Medici	155	20	175
Dirigenti Sanitari	16	1	17
Dirigenti Amministrativi	2	/	2
Dirigenti Prof.li/Tecnici	3	/	3
Totale Dirigenza	176	21	197
Totale	1123	63	1186

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, nell'ultima parte del 2018 e più recentemente con decreto n.30/2019, ha adottato il Piano Triennale dei fabbisogni e della dotazione organica di personale ai sensi del D.Lgs n.75/2017. Tale programmazione recepisce sostanzialmente i



dati di natura storica, senza possibilità di incremento delle esigenze di personale, in ragione di specifici vincoli dettati da Regione Lombardia.

Produzione per ricoveri - anni 2017 e 2018 (proiezione)

Produzione	2017	2018
Residenti	€ 27.952.873	€ 27.651.049
Mobilità attiva	€ 5.956.010	€ 5.338.881
Totale	€ 33.908.883	€ 32.989.930
Totale incremento della produzione		-2,7%

Produzione specialistica – anni 2017 e 2018

Produzione	2017	2018
Residenti	€ 15.601.788	€ 16.340.870
Mobilità attiva	€ 2.579.414	€ 2.539.167
Totale	€ 18.180.202	€ 18.880.038
Totale incremento della produzione		+4%

Posti letto accreditati ad oggi (ultima modifica 01.03.2017)

REPARTO	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH	POSTI TECNICI
Cardiologia	19	1	8
Chirurgia Generale Edolo	13	1	1
Chirurgia Generale Esine	34	1	1
Cure Palliative	0	0	8
Cure Sub Acute	0	0	14
Ginecologia e Ostetricia	21	2	2
Medicina Interna Edolo	22	0	0
Medicina Interna Esine	57	1	8
Neurologia	6	0	0
Nido	0	0	10
Oculistica	1	1	1
ORL	10	2	0
Ortopedia e Traumatologia Edolo	13	1	1
Ortopedia e Traumatologia Esine	30	1	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	4	0	0
UCC	6	0	0
Urologia	6	2	0
Totale	328	16	59

Posti letto attivati

REPARTO	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH	POSTI TECNICI
Cardiologia	19	1	0
Chirurgia Generale Edolo	0	1	1
Chirurgia Generale Esine	30	2	1
Cure Palliative	0	0	8
Cure Sub Acute	0	0	9
Ginecologia e Ostetricia	21	2	2
Medicina Interna Edolo	22	0	0
Medicina Interna Esine	47	1	8
Neurologia	6	0	0
Nido	0	0	10
Oculistica	1	1	1
ORL	10	2	0
Ortopedia e Traumatologia Edolo	13	1	1
Ortopedia e Traumatologia Esine	30	1	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	4	0	0
UCC	6	0	0
Urologia	6	2	0
Totale	301	17	46



Riepilogo attività anno 2018

TOTALE	2018
posti letto ordinari + dh (attivati)	322*
gg degenza (ricoveri ordinari + dh)	79.408
peso medio ricoveri ordinari	1,007
numero interventi chirurgici	4.470
di cui esterni	1.166
totale procedure chirurgiche	7.104

(*) attivazione subacuti Edolo per "Piano sovraffollamento"

Processo di adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione

Come si è già avuto modo di evidenziare, il presente Piano triennale costituisce l'aggiornamento del terzo atto programmatico previsto dalla L n.190/2012 per l'ASST della Valcamonica, nel primo testo adottato con decreto n.28/2016, nel secondo con decreto n.62/2017 e nell'ultimo con decreto n.83/2018. 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 PTPC 2014-2016: tale aggiornamento ha inteso, in ottemperanza alle disposizioni nazionali, integrare ed aggiornare i contenuti già previsti con il PTPC 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 23.7.2013) che l'attività di interpretazione di cui alle deliberazioni CIVIT (ora ANAC) hanno contribuito a sciogliere alcuni nodi.

Con decreto n.28/2016 è stato adottato il "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza e integrità" dell'ASST della Valcamonica 2016-2018", cui seguiva l'approvazione, con decreto 62/2017 di quello 2017-2019 e con decreto n.83/2018 quello 2018-2020.

I provvedimenti da ultimo citato hanno mirato, in particolare, 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 ARAC.

Con nota registrata il 29.10.2018 al n.19143/18 è stato diffuso, sia a livello aziendale (pubblicazione nella rete intranet) sia esternamente (attraverso pubblicazione sul sito internet aziendale), un avviso pubblico di consultazione preventiva d'invito a presentare osservazioni e proposte scritte preliminari all'adozione del PTPC e dell'allegato PTTI. Non risultano formulate osservazioni, rilievi e/o suggerimenti.

Durata e iniziative già intraprese in materia di corruzione e trasparenza.

Nel corso dell'anno 2013 la disciolta ASL di Vallecamonica Sebino ha intrapreso le seguenti iniziative, in attesa dell'emanazione di linee guida nazionali, contenute poi con la Delibera ANAC n.72/2013 di approvazione del PNA:

- Adozione di un primo Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2013 – 2015;
- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione "Trasparenza" dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs 33/2013;
- Formazione del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione;
- Partecipazione attiva a laboratori di studio e di lavoro organizzati da FIASO Lombardia sul tema della prevenzione della corruzione e sulla trasparenza;
- Organizzazione di una giornata di formazione (sul tema della trasparenza) il 18.12.2013.

Nel corso dell'anno 2014 ha proseguito nelle attività di competenza, nel rispetto del contenuto del Piano nazionale anticorruzione (adottato successivamente al PTPC 2013-2015) e delle indicazioni operative formulate dalla CIVIT e, successivamente, da ANAC. In particolare, si è provveduto:

- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2014 – 2016, comprensivo del PTTI;
- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione "Trasparenza" dei dati



- obbligatori previsti dal D.Lgs n.33/2013;
- Nomina del nuovo Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, con decreto n.192/2014, in ragione delle dimissioni rassegnate dai precedenti titolari dell'incarico e dalla valutazione di opportunità della Direzione generale d'individuare un unico referente per le attività in materia di corruzione e trasparenza;
 - Formazione del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, nonché del personale dirigenziale e del comparto, con particolare riferimento agli adempimenti applicativi finalizzati alla riduzione del rischio corruttivo;
 - Partecipazione attiva del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei collaboratori al tavolo di lavoro in materia appositamente costituito tra alcune ASL/AO ed altri enti del SSN di Regione Lombardia (ASL di Vallecamonica Sebino, AO "Spedali Civili" di Brescia, ASL Mantova, ASL Cremona, AO di Desenzano del Garda, AO "Mellino Mellini" di Chiari, ASL Lodi, IZSLER) e formalizzato con nota del Direttore generale di quest'ASL prot. n.36564/2014;
 - Attività connesse all'implementazione delle misure di analisi e prevenzione dei rischi.

Nel corso dell'anno 2015, si è provveduto:

- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2015 – 2017, comprensivo del PTTI;
- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione "Trasparenza" dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs. 33/2013;
- Attività formativa in materia di prevenzione della corruzione, rivolta a circa 1/3 del personale in servizio presso la disciolta ASL di Vallecamonica Sebino, comprendendo in particolare tutto il personale dirigente, i dipendenti titolari di incarico di posizione organizzativa o di coordinamento, nonché a tutti quelli del ruolo amministrativo;
- Partecipazione attiva del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei collaboratori al tavolo di lavoro in materia appositamente costituito tra alcune ASL/AO ed altri enti del SSN di Regione Lombardia (ASL di Vallecamonica Sebino, AO "Spedali Civili" di Brescia, ASL Mantova, ASL Cremona, AO di Desenzano del Garda, AO "Mellino Mellini" di Chiari, ASL Lodi, IZSLER), in particolare per la definizione di prassi comuni anche in vista dell'attuazione della LR n.23/2015;
- Attività connesse all'implementazione delle misure di analisi e prevenzione dei rischi, in stretta connessione con le funzioni dell'Ufficio qualità aziendale.

La nuova ASST della Valcamonica ha provveduto, con decreto n.11/2016, alla nomina del proprio Responsabile della prevenzione e della corruzione con decorrenza dal 13.1.2016, e prevedendo, secondo le indicazioni fornite da ANAC con determinazione n.12/2015, l'affidamento allo stesso delle funzioni di Responsabile della trasparenza ai sensi del D.Lgs n.33/2013. Con decreto n.28/2016 è stato adottato il "Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza e integrità" dell'ASST della Valcamonica 2016-2018".

Nel corso del 2016 si è provveduto a:

- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2016 – 2018, comprensivo del PTTI;



- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione “Trasparenza” dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs. 33/2013;
- Attività formativa in materia di prevenzione della corruzione, rivolta a personale non già destinatario di formazione nel corso del 2015;
- Partecipazione attiva del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei collaboratori al tavolo di lavoro in materia appositamente costituito tra alcune ASL/AO ed altri enti del SSN di Regione Lombardia (ASL di Vallecamonica Sebino, AO “Spedali Civili” di Brescia, ASL Mantova, ASL Cremona, AO di Desenzano del Garda, AO “Mellino Mellini” di Chiari, ASL Lodi, IZSLER), in particolare per la definizione di prassi comuni anche in vista dell'attuazione della LR n.23/2015;
- Partecipazione alle consultazioni ANAC relative all'adozione di linee guida in materie diverse;
- Attività connesse all'implementazione delle misure di analisi e prevenzione dei rischi, in stretta connessione con le funzioni dell'Ufficio qualità aziendale.

Nel corso del 2017 si è provveduto a:

- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2017 – 2019, comprensivo del PTTI;
- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione “Trasparenza” dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs. 33/2013;
- Attività formativa in materia di prevenzione della corruzione, rivolta a personale non già destinatario di formazione;
- Partecipazione attiva del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei collaboratori al tavolo di lavoro in materia appositamente costituito tra alcune ASL/AO ed altri enti del SSN di Regione Lombardia (ASL di Vallecamonica Sebino, AO “Spedali Civili” di Brescia, ASL Mantova, ASL Cremona, AO di Desenzano del Garda, AO “Mellino Mellini” di Chiari, ASL Lodi, IZSLER), in particolare per la definizione di prassi comuni anche in vista dell'attuazione della LR n.23/2015;
- Attività connesse all'implementazione delle misure di analisi e prevenzione dei rischi, in stretta connessione con le funzioni dell'Ufficio qualità aziendale;
- Individuazione del Gestore delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo (decreto n.354/2017) e adozione del “Regolamento per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo”, ai sensi del D.Lgs n.231/2007 (decreto n.836/2017), conformemente alle misure previste dall'annuale aggiornamento al PTPC;
- Individuazione del Dirigente incaricato dei controlli sui verbali dei Collegi Sindacali, ai sensi della DGR n.X/5661/2016 (decreto n.932/2017), al fine di implementare un sistema di controllo sulla scorta delle indicazioni regionali;
- Approvazione del “Codice di comportamento dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica” (decreto n.1048/2017), secondo le Linee guida ANAC;
- Adozione del regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico ai documenti oggetto degli obblighi di pubblicazione e del diritto di accesso generalizzato (decreto n.1072/2017), in attuazione degli indirizzi resi da ANAC.

Anche nel corso del 2018 si è provveduto a:



- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2019 – 2020, comprensivo del PTTI;
- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione “Trasparenza” dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs. 33/2013;
- Attività formativa in materia di prevenzione della corruzione, rivolta a personale non già destinatario di formazione;
- Partecipazione attiva del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei collaboratori al tavolo di lavoro in materia appositamente costituito tra alcune ASL/AO ed altri enti del SSN di Regione Lombardia, in particolare per la definizione di prassi comuni in relazione a problemi comunemente presentatisi;
- Attività connesse all'implementazione delle misure di analisi e prevenzione dei rischi, in stretta connessione con le funzioni dell'Ufficio qualità aziendale;
- Miglioramento delle policy operative concernenti le funzioni attribuite Gestore delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo, conformemente alle misure previste dall'annuale aggiornamento al PTPC, anche attraverso l'aggiornamento criteri di analisi di eventi potenzialmente rilevanti in materia di anti riciclaggio.
- Anche alla luce di sollecitazioni di ARAC - Autorità Regionale Anticorruzione, si è provveduto a prestare particolare attenzione alla tematica del conflitto d'interesse nell'ambito del fenomeno delle sponsorizzazioni, anche attraverso una fattiva collaborazione con la funzione aziendale della Qualità. Sul punto è emersa l'opportunità, per una maggiore integrazione con la realtà aziendale, di ricomprendere le attività concernenti l'attuazione delle misure di prevenzione delle aree a rischio tra gli obiettivi annuali dei Dirigenti ai fini della valutazione degli stessi;
- Aggiornamento regolamentazione in materia di incarichi extra - istituzionali ex art. 53 D.Lgs n.165/2001 con provvisorie indicazioni anche sulla tematica del conflitto d'interesse nell'ambito dei contratti di sponsorizzazione;

Processo di adozione del Piano e specifiche misure regionali, anche alla luce della LR 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 LR 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 PTPC.

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 PTPC 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 LR n.33/2009 e attività di prevenzione della corruzione cessa formalmente in ragione dell'abrogazione, ad opera della LR 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.



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;
- ARAC – Autorità Regionale Anti Corruzione, con compiti di vigilanza, controllo ed impulso, nei limiti previsti dalla legge regionale istitutiva di Regione Lombardia;
- 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 2018.

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 PTPC 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- 322bis, 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 Legge 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.321c.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.

Finalità del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

Il presente PTPC 2019-2021 si pone quindi 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;

e rispetta i vincoli posti dalla norma ovvero:

- è stato redatto nei termini previsti dalla legge e secondo le indicazioni generali contenute negli allegati al PNA;
- è conforme alle indicazioni fornite da CIVIT - ANAC;
- è stato redatto e verrà attuato a invarianza finanziaria e cioè senza generare costi aggiuntivi nell'Azienda (è stato redatto e verrà reso noto a coloro che operano all'interno dell'Azienda senza l'ausilio di consulenze esterne);

Il PTPC - PTTI, pur nella sua autonomia di atto programmatico generale, deve leggersi congiuntamente ad altri atti di rilievo aziendale, adottati o da adottarsi:

- il Codice di Comportamento;
- il Piano di Formazione Aziendale;
- il Piano della performance attualmente vigente;
- il Regolamento delle incompatibilità e delle autorizzazioni allo svolgimento di



- incarichi extra – istituzionali (come recentemente aggiornato);
- il Codice disciplinare per il personale del comparto e della dirigenza medico veterinaria e SPTA (come oggetto di nuova redazione).

Ai contenuti di questi documenti dovranno attenersi tutti coloro che operano all'interno dell'ASST della Valcamonica in qualità di dipendenti, collaboratori, fornitori e/o esecutori di lavori o pubblici servizi.

Il tutto a salvaguardia della trasparenza e dell'integrità nelle procedure e nei comportamenti e al fine di impedire che a comportamenti illeciti o poco trasparenti conseguano danni patrimoniali, all'immagine e al prestigio dell'Azienda, pregiudicandone la legittimazione stessa.



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.11/2016 si è provveduto alla nomina, con decorrenza dal 13.1.2016, 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. Gabriele Ceresetti, 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* (coloro che "fanno soffiare", informatori) 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;
- segnalerà all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), all'Autorità Garante della Concorrenza e del mercato (ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla L.



20/7/2004, 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;

- riscontra le richieste ispettive, di sindacato, di controllo e di vigilanza dell'Autorità Regionale Anti Corruzione (ARAC), 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.

Tali compiti non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità. Il Responsabile si avvale, nell'esercizio delle proprie funzioni, del supporto tecnico-giuridico ed operativo del personale afferente all'Area Gestione delle Risorse Umane - settore giuridico, anticorruzione e trasparenza e, più in generale delle articolazioni del Dipartimento amministrativo.

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.

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.

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 PTPC 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.

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.

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.

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 PTPC 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 RPC 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 RPC 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 RPC 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 RPC raccoglie e valuta le informazioni pervenute inserendole nel Piano;
- il RPC diffonde il PTPC tramite pubblicazione sul sito web e nella rete intranet aziendale.

Ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) e del Collegio Sindacale

Il NVP e il Collegio Sindacale partecipano, nell'ambito delle rispettive competenze, al processo di gestione del rischio;

Con particolare riferimento al NVP, il Responsabile Prevenzione 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, c. 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, c. 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.190/2013)

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.

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 per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e l'Integrità;
- 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, che nel caso dell'ASST della Valcamonica corrisponde allo stato con il Responsabile della prevenzione della corruzione, 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.

Autorità Regionale Anti Corruzione

Con LR n.5/2016 è stata istituita ARAC (Agenzia Regionale Anticorruzione) al fine di contribuire a svolgere, nel rispetto di quanto previsto della L n.190/2012, l'attività di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Regione e negli enti del sistema regionale, operando a supporto dei Responsabili della prevenzione della corruzione della Regione e degli enti del Sistema regionale. L'ARAC contribuisce altresì ad assicurare la piena ed efficace adozione delle misure di prevenzione della corruzione previste dal Piano nazionale anticorruzione approvato dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione (ANAC), secondo direttive e disposizioni attuative definite dall'ANAC stessa.

L'ARAC svolge altresì attività d'impulso e di controllo, avendo come interlocutori ordinari il RPCT e i titolari degli incarichi amministrativi di vertice dell'Azienda. L'Azienda, pur nel rispetto delle competenze e delle attribuzioni previste dalla legge, dà attuazione agli indirizzi ARAC e riscontra le istanze istruttorie, di informativa e di confronto ritualmente formulate.



GESTIONE DEL RISCHIO

Gestione del rischio: fondamento normativo e ruolo del PTPC

L'art.1, co.5 L. n.190/2012 prevede che: *“Le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al Dipartimento della funzione pubblica: a) un Piano di prevenzione della corruzione che fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio.”*

Lo stesso adempimento è richiesto, a livello decentrato, per tutte le Pubbliche Amministrazioni.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione è lo strumento attraverso il quale l'Azienda ricostruisce e descrive i processi, articolati in fasi tra loro collegate, ponendo attenzione alle aree sensibili e alla struttura dei controlli con lo scopo di individuare i settori maggiormente esposti al rischio di corruzione.

L'individuazione delle aree di rischio ha come scopo quello di consentire l'analisi dei settori che nell'ambito dell'attività territoriale e ospedaliera debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure atte a prevenire il mancato perseguimento dell'interesse pubblico.

Mediante questa mappatura l'Azienda può porre in essere azioni ponderate e coerenti che consentano di ridurre significativamente il rischio di comportamenti corrotti.

Ciò comporta l'applicazione di un sistema di valutazione probabilistica del rischio e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo.

L'attività di valutazione e trattamento del rischio da parte di quest'ASST viene svolto tenendo in puntuale considerazione l'attività di elaborazione e sviluppo, intrapresa nel corso fin dall'anno 2014 dalla disciolta ASL di Vallecamonica Sebino secondo le Linee guida di Regione Lombardia, del Piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione delle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate a contratto con il SSR Lombardo (PIMO). Nel corso del 2016 si è intrapreso un percorso diretto a raggiungere un efficace coordinamento tra le attività di prevenzione della corruzione e le iniziative svolte in ambito aziendale concernenti il PIMO, oltre che implementare il sistema di valutazione e trattamento del rischio, con particolare riguardo agli ambiti evidenziati dall'allegato 2 alla determinazione ANAC n.12/2015.

Le peculiarità del PNA 2017, con particolare riferimento a misure specifiche per il settore sanitario, richiedono ulteriore approfondimento da svolgersi nel presente Piano e nei suoi possibili aggiornamenti, anche in ragione dei nuovi assetti organizzativi conseguenti all'attuazione delle misure organizzative previste dal POAS e della L.R n.23/2015.

L'iter procedurale

Il processo di gestione del rischio adottato all'interno dell'ASST prevede le seguenti fasi, richiamate nel PNA:



1. la definizione del contesto
2. la valutazione del rischio per ciascun processo mediante la scheda proposta dall'Allegato 5 al PNA
3. il trattamento del rischio

Definizione del contesto

Individuati all'interno dell'organizzazione i soggetti a proprio supporto nell'attuazione del Piano il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza - al fine dell'analisi dei processi maggiormente esposti al rischio di corruzione – convoca i Direttori/Dirigenti/Responsabili delle UUOO/Servizi spiegando le finalità del PTPC e le azioni da intraprendere. Il gruppo di lavoro così costituito seleziona i processi da prendere in esame nell'ambito delle aree di rischio previste dall'art.1, co.16 L. n.190/2012, come sotto descritte:

- ◆ Area: acquisizione e progressione del personale
 - previsione di requisiti di accesso “personalizzati” e insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari;
 - abuso dei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari;
 - irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari;
 - inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari;
 - progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti o candidati particolari;
 - motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.
- ◆ Area: affidamento di lavori, servizi e forniture
 - accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti allo stesso;
 - definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico – economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione);
 - uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa;
 - utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa;
 - ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni;



- abuso del provvedimento di recesso dal contratto d'appalto al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario;
- elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento delle convenzioni al fine di agevolare un particolare soggetto.

- ◆ Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario
- abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima a una lista di attesa);
- abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti per l'apertura di esercizi commerciali).

- ◆ Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario
- Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari al fine di agevolare determinati soggetti.

Secondo i principi definiti dalle norme di riferimento e in ottemperanza alle indicazioni fornite da ANAC circa l'esistenza di aree di rischio ulteriori (generalì o specifiche per l'area sanitaria), l'ASL/ASST ha avviato la verifica su altre aree a potenziale rischio corruzione, chiedendo ai Dirigenti, quale ulteriore esplicazione della loro responsabilità dirigenziale, di proporre annualmente, anche al fine di prevenire possibili fenomeni corruttivi, i procedimenti, le risorse ed i profili professionali necessari per l'ufficio cui sono preposti.

L'individuazione delle aree a rischio rappresenta un'attività fondamentale per la costruzione del modello organizzativo.

Nell'ASST tale attività viene effettuata analizzando il contesto aziendale e tenendo conto di tutti i sistemi di controllo, dei regolamenti e delle procedure già in essere. Come primo livello di analisi, vengono elencate le Aree e/o i Macroprocessi nelle quali possono verificarsi elementi di rischio, pregiudizievoli per gli obiettivi indicati dal Codice di comportamento.

Valutazione del rischio e conseguente ponderazione/trattazione dello stesso

Individuati nell'ambito delle Aree a rischio i processi, per ciascuna è stata effettuata l'analisi e la valutazione del rischio. Per questa valutazione il PNA, all'Allegato 5, prevede uno strumento a matrice, la quale prevede l'analisi del rischio sotto profilo della probabilità e dell'impatto. Per ciascun indicatore sono previsti dei punteggi variabili tra zero e cinque. Attribuito a ciascun indicatore un punteggio (il rischio minore, in base alla tabella, è valutato pari a 1, mentre il massimo è pari a 5), viene determinata la media della probabilità e dell'impatto.



Il prodotto dei valori probabilità e impatto determina la valutazione complessiva del rischio riferito al singolo processo il cui valore massimo è pari a 25.

Valutazione complessiva semplificata del rischio relativo alla trasparenza e alla corruzione

Impatto	5,00	5,80	10,60	15,40	20,20	25,00
	3,94	4,57	8,35	12,13	15,91	19,69
	2,88	3,34	6,10	8,86	11,62	14,38
	1,81	2,10	3,84	5,58	7,32	9,06
	0,75	0,87	1,59	2,31	3,03	3,75
		1,16	2,12	3,08	4,04	5
	Probabilità					

0,87 – 3	Rischio trascurabile
3,01 – 6	Rischio medio-basso
6,01 – 12	Rischio medio-alto
12,01 – 25	Rischio alto

L'attività di analisi fino ad ora svolta ha coinvolto le Unità Operative più interessate dai processi individuati dal PNA, sotto il coordinamento del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza che ha potuto avvalersi del fondamentale supporto dell'Ufficio Qualità.

Sono stati definiti i campi da inserire nel Modello di rilevazione del rischio:

- processo, sotto-processo, modalità di svolgimento delle attività, responsabilità, input output, documentazione di riferimento;
- mappatura rischio clinico, valutazione dell'indice di rischio considerando la frequenza, il danno e la rilevabilità dell'evento, individuando le aree di miglioramento, gli indicatori e una rivalutazione dell'indice di rischio dopo l'azione di miglioramento;
- criticità etico – comportamentali, valutazione livello di criticità/rischio considerando la frequenza, le conseguenze e la rilevabilità dell'evento, individuando le aree di miglioramento con la rivalutazione del rischio dopo l'azione di miglioramento;
- rilevazione del rischio di illegalità: è stato utilizzato il modello descritto nel Piano triennale per prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità della disciolta ASL di Vallecamonica Sebino (si è valutata la probabilità e l'impatto di comportamenti illegali sull'organizzazione individuandone i reati collegati).

E' stata predisposta la legenda con le specifiche dei vari punteggi rispetto a: probabilità, gravità e rilevabilità per l'indice di rischio clinico, etico – comportamentale e dell'illegalità.

Nella stesura delle mappature dei processi si è assicurato il coinvolgimento, tra gli altri, di:

- Responsabile UO e Operatori Farmacia
- Responsabile UO e Operatori SITRA
- Responsabile UO e Operatori UOSS Oncologia
- Responsabile UO e Operatori UO Medicina
- Responsabile UO e Operatori Area Gestione Risorse Umane
- Responsabile UO e Operatori Area Gestione Risorse Materiali
- Responsabile UO e Operatori Gestione Servizi Economici
- Responsabile UO e Operatori Servizio Prevenzione Protezione



- Responsabile UO e Operatori Dipartimento Dipendenze
- Responsabile UO e Operatori Ufficio Formazione ed aggiornamento
- Responsabile UO e Operatori Dipartimento Salute Mentale
- Responsabile UO e Operatori Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Responsabile UO e Operatori Ufficio Qualità Aziendale
- Responsabile UO e Operatori SSD Nefrologia e Dialisi
- Responsabile UO e Operatori Direzione medica di Presidio
- Responsabile UO e Operatori (ex) Direzione amministrativa di Presidio
- Responsabile UO e Operatori Laboratorio di Patologia Clinica
- Responsabile UO e Operatori Ambulatori Specialistici Ospedalieri e Territoriali
- Responsabile UO e Operatori Corso di Laurea in Infermieristica
- Responsabile UO e Operatori PAC Immobilizzazioni
- Responsabile UO e Operatori Servizio di Ingegneria Clinica

I risultati dell'analisi sono oggetto di periodica verifica e aggiornamento da parte del Comitato di Valutazione, che si avvale, per tale attività del supporto del/della Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità.

Il Modello Organizzativo viene messo a disposizione dell'Organo di Vigilanza per tutte le iniziative di sua propria pertinenza e responsabilità.

Le Aree e i processi individuati quali destinatari di principale interesse sono stati i seguenti:

1. Area Gestione Risorse Umane per il processo di procedure selettive, cui sottoprocessi sono le procedure di mobilità, le procedure concorsuali, le procedure riservate, il processo di gestione del personale dipendente e nello specifico i sottoprocessi di assunzione del personale, gestione del fascicolo personale, gestione del rapporto di lavoro, gestione della carriera professionale, modifica categoria/profilo/mansione ed infine la cessazione del rapporto di lavoro.
2. Area Gestione Risorse Materiali per il processo di gestione gare, nel dettaglio il sottoprocesso dell'attivazione dell'acquisizione di un bene/servizio, declinato nell'attivazione di procedure di gara aggregata in qualità di mandante, nella gestione degli ordinativi e delle fatture e nell'attivazione della procedura di gara qualità/prezzo.
3. Il Servizio di Farmacia per il processo della gestione dei rapporti con le aziende farmaceutiche e il processo di gestione del farmaco chemioterapico/gestione terapia.
4. Il Servizio Gestione Servizi Economici per il processo di attivazione dell'acquisizione di un bene/servizio, nella fattispecie l'attivazione di procedura di gara qualità/prezzo, l'attivazione procedura di gara aggregata in qualità di mandante e la gestione delle fatture.
5. L'Ufficio di Formazione e di aggiornamento per quel che concerne il processo di gestione dell'attività formativa e di addestramento degli operatori, declinato nella progettazione ed accreditamento dell'attività formativa e la gestione dei fornitori
6. Il Dipartimento di Salute Mentale pone a rischio corruttivo il processo del percorso della persona con disturbi psichici, neuropsicologici e disabilità, nel sotto processo di gestione delle attività riabilitative erogate dai maestri d'arte (cooperativa di servizi).
7. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico deve porre attenzione al sotto processo di gestione dei reclami con il cliente/utente/assistito.
8. L'Ufficio Qualità ha ritenuto a rischio corruttivo il processo di gestione degli audit e degli auditor, nel sotto processo di audit interno che potrebbe non essere trasparente ed



indipendente, ed il processo di gestione della consulenza, anch'esso legato alla caratteristica di trasparenza.

9. Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale per il processo di valutazione dei rischi, ritiene il sottoprocesso più delicato nell'individuazione dei rischi in ambito di aggiornamento del Documento di valutazione dei rischi, per il processo inerente la sorveglianza sanitaria, nel sottoprocesso di gestione.

10. Il SITRA ha individuato il processo di gestione del personale afferente quale processo sottoposto a rischio corruttivo.

11. Il Dipartimento delle Dipendenze si pone di osservare maggiormente il sotto processo di programmazione dell'erogazione del servizio, all'interno della programmazione della prevenzione e monitoraggio dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze.

12. Il Servizio di Nefrologia e Dialisi pone attenzione al sotto processo di gestione delle liste d'attesa con agende interne gestite direttamente dal personale di reparto.

13. La Direzione Medica di Presidio per i sottoprocessi di igiene ambientale, servizio dietetico: igiene e sicurezza degli alimenti della ristorazione, attività di polizia mortuaria, ed erogazione del servizio di trasporto secondario.

14. La (ex) Direzione amministrativa di Presidio per quanto concerne il procedimento relativo al conferimento ed alla gestione di incarichi libero professionali a soggetti terzi (incarichi, consulenze, collaborazioni etc.) e per il procedimento della libera professione intramuraria allargata).

15. Il Laboratorio di Patologia clinica pone attenzione al processo di approvvigionamento attraverso il sottoprocesso di pianificare del fabbisogno.

16. Gli Ambulatori Specialistici Ospedalieri e Territoriali monitorano il processo di prenotazione, per l'Endoscopia e l'Ambulatorio di Neurologia, la quale non è processata dal CUP.

17. Il Corso di Laurea in Infermieristica per il processo di gestione degli studenti, nel sottoprocesso di gestione degli infortuni, e nel processo di gestione della didattica, per quel che concerne la programmazione del calendario didattico e la gestione delle aule e delle lezioni.

18. Nell'ambito del percorso di certificabilità dei bilanci (PAC), si è prestata attenzione al processo di gestione delle immobilizzazioni, declinato nei sottoprocessi di gestione del piano investimenti, delle attrezzature sanitarie e di altri beni immobili, provvede inoltre alla gestione dell'inventario fisico periodico, alla gestione delle donazioni, del service, del comodato d'uso e dei noleggi.

19. Il Servizio di Ingegneria Clinica presta particolare attenzione alla gestione di apparecchiature elettromedicali, nel sottoprocesso di gestione gare e approvvigionamento.

In calce al presente PTPC la mappatura del rischio e di rivalutazione del medesimo in relazione ai sottoprocessi a rischio, corredata degli eventuali aggiornamenti che si sono resi necessari nel corso del 2017 e che dunque costituiscono parte integrante dall'analisi del rischio ai fini del presente piano.

Nel corso dell'anno 2016 è stata adottata una procedura di mappatura del rischio più analitica, da adottare per l'analisi da svolgersi, attraverso l'utilizzo del Modello FMECA (acronimo dell'inglese "Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis" - Analisi dei modi, degli effetti e della criticità dei guasti). Tale modalità di gestione del rischio include



un'analisi quantitativa per identificare la gravità delle conseguenze nel caso si verificasse una criticità, correlata ad una valutazione della probabilità del suo verificarsi.

Con riferimento alle problematiche connesse all'applicazione della L n.190/2012, l'analisi può mettere in evidenza gli eventi corruttivi che hanno nello stesso tempo una probabilità di accadere relativamente alta unita ad un'alta gravità di conseguenze, mettendo in evidenza i punti di debolezza di un processo, sui quali occorre intervenire con adeguate modifiche.

I passi per l'esecuzione della FMECA sono i seguenti:

Passo 1: identificazione di tutti i possibili malfunzionamenti o difetti dei processi.

Passo 2: per ogni modo di malfunzionamento/difetto dei processi si passa ad una descrizione degli effetti e delle possibili cause.

Passo 3: per ogni modo di malfunzionamento/difetto si compie una ricerca delle azioni possibili per ridurre gli effetti.

Passo 4: definizione delle scale di punteggio dei tre parametri P, S, D con i relativi criteri di assegnazione dei punteggi. L'analisi di criticità mirante a quantificare il rischio correlabile con il malfunzionamento/difetto base causa di effetti indesiderati sul processo. La criticità di ogni tipo di malfunzionamento/difetto del componente del prodotto è valutata mediante un indice detto "Indice di Priorità di Rischio" (IPR) determinato nel seguente modo: $IPR = P * S * D$ dove:

P = Probabilità di accadimento del malfunzionamento/difetto base;

S = Severità degli effetti del malfunzionamento/difetto base;

D = Rilevabilità del malfunzionamento/difetto base.

Passo 5: attribuzione dei punteggi ai parametri.

Passo 6: per ogni modo di malfunzionamento/difetto base calcolare l'IPR.

Passo 7: valutare e decidere gli interventi da intraprendere in modo da portare tutti gli IPR al di sotto di un valore di soglia prefissato, in funzione del criterio di giudizio scelto.

Dovendo definire delle priorità è opportuno intervenire dapprima dove gli IPR sono più alti.

Come risulta anche dalla relazione sull'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione per l'anno 2017, si è evidenziata la necessità di un'implementazione dell'attività di analisi del rischio.

In esito all'attuazione della LR n.23/2015 e dal nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) si sono strutturate articolazioni organizzative nuove solamente nella seconda parte del 2017, con riallocazione di competenze. In riferimento è in particolare alla cd. "rete territoriale": con l'eccezione del Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze che, seppur in contesto di fusione di due precedenti dipartimenti, conserva sostanzialmente la propria organizzazione, il nuovo POAS prevede due strutture in staff alla Direzione socio sanitaria ("Area integrata della prevenzione e delle attività legali" e "Integrazione delle reti territoriali") a cui sono affidati compiti nuovi e/o diversi (esempio eminente è l'incipiente attivazione del percorso di presa in carico del paziente fragile). Si prevede altresì il nuovo "Dipartimento delle fragilità e delle cure palliative" con presenza sia in ambito territoriale sia in ambito ospedaliero.

Da ciò risulta la presenza di procedimenti sostanzialmente nuovi o radicalmente rinnovati che esigono rinnovata attenzione e mappatura ai fini dell'esame dei rischi.

Sotto altro profilo, si evidenzia l'opportunità che anche i procedimenti già oggetto di analisi siano sottoposti a revisione, al fine di un maggior approfondimento di analisi che



consenta una delimitazione ancor più obiettiva e aderente al dato reale dei pericoli corruttivi.

Per il perseguimento di questo obiettivo strategico ai fini preventivi della corruzione, ruolo fondamentale è riconosciuto al supporto reso dall'Ufficio Qualità che, nella più complessiva analisi dei procedimenti, ha strutturato anche l'analisi dei rischi corruttivi.



Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n.12/2015 - affari legali e contenzioso

Tra le aree di rischio “generali” previste dell'Aggiornamento al PNA 2015, si fa riferimento a quella relativa agli affari legali e contenzioso. In particolare è di particolare 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. E' 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.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Affari legali e contenzioso	Procedimentalizzazione	Avvocatura - Ufficio attività giuridiche ispettive e contrattuali	Report al 30.6. ed al 30.11.2019 dell'attuazione delle previsioni delle Linee guida n.12 adottate da ANAC in attuazione al D.Lgs n.50/2016.
Affari legali e contenzioso	Procedimentalizzazione	Avvocatura - Ufficio attività giuridiche ispettive e contrattuali	Conferimento incarico legale tra i soggetti idonei a seguito di procedura selettiva (elenco idonei) e motivazione della scelta
Affari legali e contenzioso	Procedimentalizzazione	Avvocatura - Ufficio attività giuridiche ispettive e contrattuali	Report al 30.6 ed al 30.11.2019 dei soggetti incaricati nel periodo di riferimento

Aree di rischio specifiche di cui alla deliberazione ANAC n.12/2015 parte speciale I “contratti pubblici”

Con riferimento alle aree connesse all'attività contrattuale di quest'ASST non può che, allo stato, rinviarsi a quanto già sopra illustrato circa la valutazione del rischio e il connesso trattamento, in particolare dell'Area Gestione delle Risorse Materiali e del



Servizio “Gestione Servizi Economici”.

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 ARCA).

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 PTPC della neonata ASST, 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 Vallecarnonica Sebino con decreto n.807/2015.

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.

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'RPC ha sollecitato le strutture aziendali competenti a provvedere all'adempimento dell'indicazione pervenuta.

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 RPC 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 contrattali 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, co. 3, del DL 66/2014), è programmato, anche per l'anno 2019, 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 d.p.c.m. di cui all'art. 9 co. 3 del d.l. 66/2014 e s.m.i. e relativi indirizzi applicativi».

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

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Contratti	Gestione dei conflitti d'interesse nei processi di procurement in sanità	AGRM	Report al 30.11.2019 dell'utilizzo di modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti d'interesse e procedure per raccolta, tenuta ed aggiornamento delle stesse
Contratti	Controllo (tramite flussi informativi)	AGRM	Per il 2019 flussi informativi quadrimestrali verso il RPC e, eventualmente, verso il Collegio Sindacale dei casi di individuazione di appaltatori in soggetti già affidatari di precedente appalto
Contratti	Controllo (tramite flussi informativi)	AGRM	Report, entro il 30.4 e il 30.11.2019, delle misure adottate per assicurare flussi relativi a scostamenti tra gli importi contrattali e gli importi corrisposti all'appaltatore, con idonea motivazione
Contratti	Controllo (tramite flussi informativi)	AGRM	Flussi informativi quadrimestrali verso il RPC e, eventualmente, verso il Collegio Sindacale delle proroghe / contratti ponte, con evidenza della ragione giustificativa



Contratti	Controllo	AGRM	Per i beni ed i servizi che non rientrano nei casi del DPCM 24.12.2015, espressa menzione nei provvedimenti autorizzativi della sussistenza di causa di esclusione, secondo la formulazione ANAC
Contratti	Programmazione	AGRM	Programmazione annuale con evidenza del ricorso a strumenti di centrali di committenza e con specificazione delle categorie riservate a soggetti aggregatori (secondo modalità previste da Regione Lombardia)
Contratti	Programmazione	AGRM	Aggiornamento della programmazione annuale dell'attività contrattuale in corso d'anno con cadenza periodica
Contratti	Controllo su esecuzione / rendicontazione	AGRM	Pubblicazione delle acquisizioni realizzate in autonomia dalla stazione appaltante, a prescindere dagli importi (tramite applicativo)
Contratti	Formazione specifica	AGRM / FORM	Previsione di almeno un evento formativo in materia di RUP / DEC e controllo sull'esecuzione del contratto.
Contratti	Formazione	AGRM	Partecipazione a consorzio/ unione formale d'acquisto di aziende per condivisione best practices
Contratti	Regolamentazione	Direzioni strategiche – AGRM e altri uffici	Verifiche necessità di adeguamento regolamentazione aziendale alle previsioni del D.Lgs n.50/2016
Contratti	Gestione dei conflitti d'interesse nei processi di procurement in sanità	AGRM	Formalizzazione, entro il 30.09.2019, di una proposta di procedura in materia di acquisiti di beni infungibili (come da richiesta del Collegio sindacale)
Contratti	Gestione dei conflitti d'interesse nei processi di procurement in sanità	AGRM	Implementazione, secondo gli indirizzi della Direzione strategica, delle misure



			previste da ANAC in punto di albo nazionale dei commissari di gara. Report al 30.11.2019 delle misure adottate.
Contratti	Regolamentazione	AGRM e altri Uffici che attivano procedure di scelta del contraente	Report al 30.11.2019 delle linee guida attuative del n.50/2016 e al 30.4 e al dell'attuazione guida ANAC del D.Lgs

Aree di rischio specifiche di cui alla Deliberazione ANAC n.12/2015 parte speciale II "sanità"

L'allegato all'aggiornamento 2015 al PNA riserva particolare attenzione all'ambito della sanità sulla scorta di un esame svolto tenendo conto del lavoro dell'apposito Tavolo tecnico istituito fra ANAC, Ministero della Salute e Agenas.

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

- a) contratti pubblici;
- b) incarichi e nomine;
- c) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- d) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

L'area di cui alla lettera a) deve considerarsi già oggetto di analisi del rischio e di adozione di misure preventive secondo quanto previsto dalla I parte speciale dell'aggiornamento 2015 del PNA.

Le funzioni tipicamente erogative affidate dalla LR n.23/2015 alle ASST (e dunque anche all'ASST della Valcamonica) tendono a escludere la rilevanza dell'area di cui alla lettera d), essendo le funzioni di controllo, verifica, ispezione e sanzione già svolte dalla disciolta ASL di Vallecamonica Sebino istituzionalmente affidate all'ATS della Montagna.

Specifiche e particolare attenzione deve essere riservata alle aree "incarichi e nomine" e "gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio".

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 inconferibilità 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 disciolta 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.



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 disciolta 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.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Nomine e incarichi	Procedimentalizzazione	Direttori/Responsabili UO	Comunicazione di eventuali anomalie nelle procedure di conferimento di incarichi (dirigenziali, libero professionali etc.)
Nomine e incarichi	Procedimentalizzazione	AGRU	Report al 30.11.2019 delle procedure per il conferimento degli incarichi di direttore di dipartimento e di sostituzione ex art. 18 CCNL delle due aree dirigenziali.
Nomine e incarichi	Procedimentalizzazione	AGRU	Report al 30.11.2019 che



			dia evidenza dell'attività, anche di natura pluriennale, di programmazione per la dotazione di personale
Nomine e incarichi	Procedimentalizzazione	AGRU /Ex Direzione amministrativa di Presidio	Report al 30.11.2019 che dia evidenza dell'utilizzo di procedure selettive con criteri predefiniti (anche per incarichi libero professionali).

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.

La programmazione prevede i seguenti ambiti e le connesse scadenze:

AREA	SCADENZE
A) Area Requisiti Generali	dicembre 2019
B) GSA	dicembre 2018
C) Consolidato Regionale	dicembre 2018
D) Area Immobilizzazioni	giugno 2018
E) Area Rimanenze	dicembre 2018
F) Area Crediti e Ricavi	giugno 2019
G) Area Disponibilità Liquide	giugno 2019
H) Patrimonio netto	giugno 2018
I) Area Debiti e Costi	dicembre 2019



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.

Il presente PTPC intende dunque raccordarsi con quanto così programmato in tema di certificabilità dei bilanci, prevedendo contestualmente di dare evidenza, attraverso i rispettivi siti web istituzionali, del percorso di certificabilità dei bilanci, 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.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Gestione delle entrate	Certificabilità	Direzione amministrativa/ AGRF	Attuazione per "percorso attuativo di certificabilità (PAC)" dei dati e del bilancio, secondo le modalità programmate con decreto n.984/2017. Pubblicazione, entro il 30.11.2019, dell'indicazione della fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento. Relazione al 30.11.2019 circa stato di avanzamento e pubblicazione di cui sopra.

Oltre alle aree generali prima indicate, il PNA presenta un elenco di alcune aree peculiari del settore sanitario, 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.

Si precisa fin d'ora che l'attività contrattuale con privati accreditati, già propria della disciolta ASL di Vallecamonica Sebino, non è di spettanza dell'ASST della Valcamonica.

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 dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio. Per queste ragioni è opportuno che i PTPC considerino questo settore come ulteriore area specifica nella quale applicare il processo di gestione del rischio, con riferimento sia alla fase autorizzatoria sia a quella di svolgimento effettivo dell'attività, nonché rispetto alle relative interferenze con



l'attività istituzionale.

Per tali motivazioni la Direzione dell'ASST ha ritenuto, nel corso del 2016, necessario provvedere ad un aggiornamento dell'attuale regolamentazione aziendale dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, anche al fine di prevedere un'individuazione delle misure atte a prevenire fenomeni corruttivi come sopra dettagliati.

Regione Lombardia, al fine di assicurare una disciplina tendenzialmente omogenea in materia, aveva previsto che nel corso del 2017 fosse formalizzato, previo accordo con le Organizzazioni sindacali, idoneo atto regolamentare che formerà punto di riferimento per la rinnovata regolamentazione aziendale. Allo stato detta intesa non è stata raggiunta. L'ASST ha, con proprio decreto n.1044/2017, apportato alcune puntuali modifiche di aggiornamento al regolamento vigente, ritenute indispensabili.

Deve osservarsi altresì che il sistema di auditing interno attivato, sulla scorta delle determinazioni di Regione Lombardia, con decreto ASL n.840/2015, fissa fin da ora un'attività di vigilanza e controllo in materia di esercizio dell'attività libero professionale, a cui, nel corso del 2017 e del 2018, si è dato seguito e formale riscontro alla Regione.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Attività libero professionale	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/ ex Direzione amministrativa di Presidio	Formalizzazione, entro il 30.11.2019, di una proposta di regolamentazione in materia di attività libero professionale che, secondo le linee guida formulate da Regione Lombardia (o in assenza secondo la vigente disciplina, la giurisprudenza e gli orientamenti applicativi), disciplini la materia anche con finalità preventive della corruzione.
Attività libero professionale	Flussi informativi	Direzione strategica/ Ex Direzione amministrativa di Presidio / CdG/ UOC Controlli, sistemi e supporto strategico	Adempimento debiti informativi verso Regione Lombardia in materia di prestazioni LP
Attività libero professionale	Attività di auditing	Direzione strategica/Gruppo audit interno	Attività di auditing in materia come da programmazione trasmessa a Regione Lombardia
Attività libero professionale	Procedimentalizzazione	Direzione medica di Presidio	Verifica in fase autorizzativa dell'assenza di condizioni di potenziale conflitto con i prioritari obblighi istituzionali dell'equipe, anche



			attraverso revisione modulista.
Attività libero professionale	Procedimentalizzazione	Ex Direzione amministrativa di Presidio	Conferma automatizzazione dei sistemi di rilevazione presenza in servizio per svolgimento attività libero professionale intramuraria
Attività libero professionale	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/ Ex Direzione amministrativa di Presidio	Adozione formali provvedimenti di liquidazione delle competenze da riconoscere al personale interessato
Attività libero professionale	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/ Ex Direzione amministrativa di Presidio	Implementazione delle misure organizzative previste nella regolamentazione aziendale in corso di definizione.
Attività libero professionale	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/ Ex Direzione amministrativa di Presidio / UOC Controlli, sistemi e supporto strategico	Ricognizione entro il 30.4.2019 delle prestazioni la cui prenotazione non avviene tramite CUP. Entro il 30.11.2019 misure organizzative per favorire accentramento e/o giustificazione organizzativa decentramento con misure preventive.

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, nel corso del 2018, sono state oggetto di informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione (n.7 UOC del Presidio Ospedaliero). 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.1063/2018, che prevede provvisorie determinazioni sul punto)



Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Meccanismi di automatizzazione delle procedure	Farmacia ospedaliera	Gestione informatizzata del magazzino. Relazione su eventuali anomalie al RPC (anche con riferimento al conto deposito informatizzato).
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Meccanismi di automatizzazione delle procedure	Farmacia ospedaliera	Estensione del sistema di informatizzazione del ciclo di terapia ad ulteriori UU.OO ospedaliere. Relazione entro il 30.11.2018 circa lo stato di avanzamento e estensione
Sponsorizzazioni	Procedimentalizzazione	Direzione amministrativa / FORM	Formalizzazione proposta di regolamentazione sulle sponsorizzazioni, secondo indirizzi ANAC e Regione Lombardia sia per quanto riguarda la partecipazione a eventi sponsorizzati sia per quanto concerne la stipula di contratti di sponsorizzazione. Relazioni al 30.6 e al 30.11.2019 sullo stato dell'arte.
Valutazioni in prova / comodati	Procedure autorizzative / flussi informativi	AGRM / SIC	Flusso annuale al RPC entro il 30.11.2019 sulle procedure autorizzative / modulistiche adeguate ai contenuti previsti dal PNA 2016

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.

Poiché nel corso dell'anno 2015, su iniziativa della Direzione medica di Presidio, è stata disposta una nuova organizzazione della sala mortuaria attraverso la previsione di norme di natura gestionale, anche con riferimento al personale di sorveglianza e con accordi con gli operatori economici interessati, si era programmato che corso del 2016 fosse verificata l'opportunità di un aggiornamento del citato protocollo, anche prevedendo, compatibilmente con le esigenze complessive del Presidio, la rotazione del personale incaricato di svolgere funzioni di controllo.

Già nel corso del 2017 è stata attuata una completa rotazione del personale e nell'anno 2018 si è assicurata un'attività di monitoraggio di situazioni di anomalia.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Gestione delle attività conseguenti al decesso	Flussi informativi	Direzione sanitaria/ Direzione socio sanitaria	Segnalazione di eventuali anomalie conseguenti ai



in ambito intraospedaliero		Direzione medica di Presidio / Medicina Legale	decessi in ambito ospedaliero.
----------------------------	--	--	-----------------------------------

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, c.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



FORMAZIONE IN TEMA DI ANTICORRUZIONE

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 2019-2021 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 figure professionali, rivolto al Responsabile della Prevenzione, ai Referenti, ai Dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: è prevista una formazione in tema di fattispecie di reato, strumenti utilizzati per la prevenzione (PTPC, Codice di Comportamento aziendale e tematiche settoriali), in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione;
- livello specifico per settori di attività: 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.

Nel corso del 2015, l'attività di formazione in materia di prevenzione della corruzione del personale della disciolta ASL di Vallecmonica Sebino è stata rivolta, in via principale, al personale ritenuto a maggiore esposizione di rischio: Dirigenti di tutte le aree contrattuali, personale del comparto responsabile dell'incarico di posizione organizzativa o di coordinamento, per complessive n.400 unità circa. Nel triennio 2016 -2018 è stata estesa a tutto il restante personale ed ai dipendenti neoassunti. L'esperienza di tale attività formativa, erogata in FAD o in aula e in forma personalizzata per l'azienda, è stata positiva



e, pertanto, si ritiene possa essere confermata nella sua impostazione.

Le misure formative che s'intende programmare, fermo restando la loro compatibilità con il Piano formativo aziendale e le risorse a disposizione, sono di seguito compendiate.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Formazione	RPC	Partecipazione, entro il 31.12.2019, ad un evento di formazione specifica
Tutti	Formazione	RPC / Altri soggetti individuati	Partecipazione, a soggetti individuati dal RPC, ad eventi formativi specifici (se individuati)
Tutti	Formazione	Formazione	Attivazioni corsi per nuovi assunti – FAD / in aula entro il 31.12.2019
Tutti	Formazione	RPC / Formazione	Iniziative formative per specifiche aree a rischio nell'ambito del gruppo di lavoro interaziendale



CODICI DI COMPORTAMENTO

In seguito all'adozione del nuovo Codice di Comportamento di cui al DPR 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 31.3.1994 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.13 del C.C.N.L. del 19.4.2004 per il personale del comparto e artt. 8 dei CC.CC.NN.LL. del 6.5.2010 per le due aree dirigenziali 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 DPR 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, c. 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 5.11.2014 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. Nel corso del 2018 si è favorita, attraverso l'attività di formazione, una maggiore conoscenza da parte dei destinatari del Codice. Si è altresì provveduto (con decreto n.1044/2015) 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.

Coerentemente con le previsioni da ultimo citate, 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 del Codice al lavoratore/collaboratore del DPR 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.

Coerentemente alla previsioni dell'Aggiornamento PNA 2018, si provvederà, secondo le Linee guida da adottarsi da parte di ANAC, agli eventuali adeguamenti del vigente Codice, già redatto sulla scorta delle indicazioni dell'Autorità.



Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Codice di comportamento aziendale	RPC/AGRU	Adeguamento alle Linee guida in materia di Codici di comportamento da adottarsi da parte di ANAC nel corso del 2019 (se necessario).
Tutti	Codice di comportamento aziendale	RPC/AGRU/Qualità	Diffusione del Codice di comportamento dei dipendenti/collaboratori dell'ASST della Valcamonica, secondo le Linee Guida ANAC. Attestazione condivisione personale delle strutture certificate in concomitanza con il riesame della Direzione / Verbale di riunione (per UO non già oggetto di medesimo adempimento nel corso del 2018)
Tutti	Codice di comportamento aziendale	Ex Direzione amministrativa di Presidio e strutture che conferiscono o gestiscono incarichi libero professionali	Estensione degli obblighi attualmente previsti per personale dipendente anche a titolari di incarichi libero professionali. Attestazione previsione contrattuale di rispetto del Codice.



ALTRE INIZIATIVE

Rotazione del personale

Nel corso del 2018 risultano 95 unità di personale oggetto di rotazione di cui n.2 dirigenti medici (assegnati, nel rispetto della specialità e della disciplina, ad altro reparto), n.3 personale infermieristico con funzioni di coordinamento del personale infermieristico dei singoli reparti e n.2 personale amministrativo in area a rischio (AGRU/AGRM e UOC AIPAL – medicina legale e commissioni); un dirigente professionale è stato assegnato ad interim all'AGR/Affari Generali e legali. Tra il personale amministrativo neoassunto n.6 unità sono state assegnate in aree a rischio (Ufficio concorsi, AGRM - provveditorato, AGRF – economico finanziario; Farmacia ospedaliera, Ufficio libera professione e Direzione medica di Presidio).

Nel corso del triennio 2019-2021 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 corso del 2019 si provvederà a pianificare, di concerto con i Dirigenti competenti (in particolare SITRA, Direttori dei Dipartimenti e Direzione di Presidio), un sistema di rotazione nel rispetto dei canoni applicativi:

1. *criterio di applicazione*: si persegue il giusto temperamento tra l'applicazione del principio di rotazione e l'esigenza di non disperdere le professionalità acquisite e consolidate in capo al personale, per evitare un inutile aggravio dei tempi procedurali, tenuto conto delle dimensioni aziendali e delle peculiarità delle attività erogate dall'Azienda. In considerazione delle figure professionali infungibili, caratterizzate da un numero esiguo di Dirigenti di alta specializzazione, si ritiene di escludere dall'applicazione del principio di rotazione la dirigenza PTA.

2. *Ambito di applicazione*: la rotazione si applica al personale dirigenziale e al personale con funzioni di responsabilità (in particolare personale di comparto con posizione organizzativa o funzioni di coordinamento o con specifiche mansioni di vigilanza, controllo) operante nei processi aziendali caratterizzati da maggior rischio di corruzione.

In caso di impossibilità di sostituire un dirigente rispetto alla posizione ricoperta, valutata a rischio di corruzione, il Direttore Generale, sentito il Responsabile per la prevenzione della corruzione, con atto motivato, conferma il dirigente nella posizione ricoperta per infungibilità della specifica professionalità, sulla base degli obiettivi conseguiti e delle risultanze della valutazione delle prestazioni.

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.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Rotazione del personale	AGRU/SITRA/Direttori dipartimenti/Direttori di UO	Formulazione ipotesi di rotazione del personale nelle aree a rischio entro il 30.4.2019
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 RPC entro il 30.11.2019

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 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 2019 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.

Anche corso dell'anno 2019 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.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Inconfiribilità	Direzione Generale/AGRU	Raccolta, preliminare alla sottoscrizione del contratto della dichiarazione dell'assenza di situazioni d'inconfiribilità. Per il personale dirigenziale, verifica del 100% delle dichiarazioni concernenti l'assenza delle condizioni di cui all'art.3 D.Lgs n.39/2013
Tutti	Incompatibilità	Direzione generale/AGRU/UO conferenti incarichi libero professionali	Per il personale dirigenziale, verifica del 100% delle dichiarazioni circa l'assenza di situazioni d'incompatibilità attraverso visura camerale. Per gli incarichi libero professionali, verifica del 50% delle dichiarazioni circa l'assenza di situazioni d'incompatibilità attraverso visura camerale
Tutti	Gestione del conflitto	AGRU	Raccolta dichiarazione



	d'interesse		annuale dei redditi del personale dirigente in servizio
Tutti	Gestione del conflitto d'interesse	Direzione amministrativa	Adozione misure organizzative / regolamentari per adeguare la gestione del conflitto d'interesse alle indicazioni formulate da ARAC, secondo le linee interpretative regionali

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).

Nel 2019 si rileva l'opportunità di un monitoraggio delle attività extra istituzionali svolte, onde verificare il rispetto delle disposizioni regolamentari.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Incarichi extra istituzionali	AGRU	Report al 30.4 e al 30.11.2019 sul rispetto delle disposizioni regolamentari nell'iter di rilascio delle autorizzazioni extra istituzionali.



Tutti	Incarichi extra istituzionali	AGRU	Reporto al 30.11.2019 sullo stato di attuazione delle misure di pubblicazione nel portale PERLAPA degli incarichi extra istituzionali (misura di trasparenza)
-------	-------------------------------	------	---

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, co.32 L n.190/2012. Le specifiche sono quelle della delibera AVCP n.26 del 22 maggio 2013.

Al Responsabile Prevenzione 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 RPC 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 RPC entro il 30.11.2019, 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 (revolving doors – pantouflage)

Il D.Lgs. n. 39/2013 ha disciplinato:

- ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la Pubblica Amministrazione;
- particolari ipotesi di inconferibilità 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 e dell'Integrità 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 preconstituzione 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.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Incompatibilità	AGRU/UO conferenti incarichi libero professionali	Per il personale dirigenziale e libero professionale raccolta auto dichiarazione concernente incarichi pregressi, previa adozione di idonea modulistica



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

La L. n.190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art.53 del D.Lgs. n.165/2001 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 preconstituirsì 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:

- 1) la nullità dei contratti di lavoro conclusi con gli ex dipendenti dell'ASST della Valcamonica;
- 2) 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.

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

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	revolving doors – pantouflage	AGRU	Consegna ad ogni unità di personale cessato per collocamento a riposo di formale modello di informativa tipo ex art.53, co.16 ter D.Lgs n.165/2001

Tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (whistleblowing)

“Il dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti o riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto a misure discriminatorie, dirette o indirette, aventi effetti sulle condizioni di lavoro o per motivi



collegati direttamente o indirettamente alla denuncia” (art.1, co.51 L. n.190/2012).

Il soggetto che testimonia un illecito o un’irregolarità sul luogo di lavoro durante lo svolgimento delle proprie mansioni e lo segnala a una persona o a un’autorità che possa agire efficacemente a riguardo è definito *whistleblower*.

Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione tale soggetto svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza, se possibile, di problemi o pericoli all’ente di appartenenza o alla comunità.

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, al Responsabile UPD il quale acquisirà il documento al protocollo aziendale conservando l’originale del medesimo e non richiedendone la scansione ai fini di tutela del segnalante.

Nel corso del 2014 è stato attivata una casella di posta elettronica dedicata (ora aggiornata anticorruzione@asst-valcamonica.it) attraverso la quale risulta possibile formulare segnalazioni vagliate dal Responsabile per la prevenzione della corruzione con garanzia di riservatezza per le notizie e i dati trasmessi.

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

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

Si valuterà la necessità di adeguamento alla sopravvenuta normativa in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di cui alla L n.179/2017 ed alle successive disposizioni normative.

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Tutela dei dipendenti che segnalano illeciti	RPC	Diffusione entro il 30.04.2019 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. (adempimento già previsto per il 2018 ma rinviato per le sopravvenute disposizioni normative)

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 28.02.2019 attraverso il sito internet aziendale, dell'adozione del presente PTPC.

Piano delle Performance

Esiste uno stretto legame funzionale tra Piano della Performance e Piano Triennale Prevenzione Corruzione. Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale in cui sono esplicitati gli obiettivi aziendali, gli indicatori e i valori attesi, riferiti ai diversi ambiti di intervento e alle articolazioni aziendali interessate; il Piano costituisce il riferimento per la definizione, l'attuazione e la misurazione degli obiettivi e per la rendicontazione dei risultati aziendali. Allo stesso modo l'attuazione della disciplina della anticorruzione e della trasparenza è un'area strategica della programmazione aziendale, diretta all'individuazione delle misure di carattere generale che l'Azienda ha adottato o intende adottare per prevenire il rischio di corruzione, che richiede un concorso di azioni positive di tutto il personale sia per la realizzazione che per i controlli, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabile, tempistica e risorse.

Dal 2016 il tema dell'anticorruzione e trasparenza costituisce ambito di particolare interesse anche da parte di Regione Lombardia, con riferimento alla metodologia di valutazione delle performance dei Direttori Generali, influente quindi nella quantificazione del compenso aggiuntivo spettante.

Per rendere evidente l'integrazione degli strumenti programmatori e quindi garantire il collegamento tra performance e prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda, si prevede esplicitamente nel Piano della Performance il riferimento a obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire tramite la realizzazione del PTPCT

L'Azienda provvederà, entro i termini di legge, all'aggiornamento, per l'anno 2019, del Piano delle Performance relativamente agli obiettivi a valenza annuale. Esso prevede macro obiettivi di performance anche per quanto riguarda la prevenzione della corruzione e la trasparenza, la cui concreta declinazione avviene attraverso il presente piano e attraverso le concrete misure che di volta in volta possono essere previste. Il raggiungimento degli obiettivi di performance e il perseguimento di quelli individuali frutto della declinazione di quelli previsti da detto piano costituisce elemento di valutazione ai fini della responsabilità disciplinare.

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 RPC 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 30.11.2019 circa il rispetto dei termini, violazioni e misure correttive

Patti di integrità negli affidamenti

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 Vallecmonica 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 AGRM/ Direttori UO gestori di procedure di scelte del contraente	Report entro il 30.11.2019 circa applicazione della misura e attività elusive

Attuazione del Decreto del Ministero dell'Interno 25.9.2015 in materia di riciclaggio

L'art.6, co.5 DM interno 25.9.2015 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 anomalie 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.

Nel corso del 2019 si ritiene necessario favorire la formazione dei soggetti apicali coinvolti nella tematica in questione



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
Formazione	Prevenzione fenomeni di riciclaggio	Direzione strategica – Gestore segnalazioni - Formazione	Partecipazione degli operatori individuati del Gestore ad un evento formativo da organizzarsi a livello aziendale o extra aziendale (secondo le modalità concordate con Ufficio formazione).

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 .con particolare riferimento al tema della presa in carico del paziente fragile, e del nuovo POAS.



SEZIONE DEDICATA A TRASPARENZA E INTEGRITA'

Il Decreto Legislativo 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 Decreto 97/2016. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione che si concretizza nella definizione di obiettivi / progetti specifici. E' infatti evidente la natura trasversale della trasparenza quale misura strumentale alla prevenzione di eventi e fenomeni di natura corruttiva.

Gli adempimenti di trasparenza tengono conto delle prescrizioni contenute nella Legge n.190/2012, nel D.Lgs. n.33 del 2013 come novellato dal D.Lgs. n.97/2016, nel PNA 2016, nella Delibera ANAC n.1310 del 28.12.2016 e nelle altre fonti normative vigenti.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre che costituire livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta 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 PTPC riporta in allegato la concreta declinazione degli obblighi di pubblicazione, in forma tabellare.

L'elencazione allegata al presente PTPC potrà essere aggiornata a seguito delle preannunciate emanande specifiche linee guida ANAC sulle modalità di applicazione dell'art.14, "Schema di Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del D.Lgs. n.33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall'art. 13 del D.Lgs. n. 97/2016». La sezione potrà essere aggiornata anche in applicazione delle indicazioni che saranno emanate con riferimento all'art. 9 bis D.Lgs n.33/2013.

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 e l'Integrità

Il Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità dell'ASST è stato nominato con decreto n.11/2016, nella persona dell'Avv. Gabriele Ceresetti, Dirigente professionale avvocato.

Il Responsabile della trasparenza:

- propone il Programma per la trasparenza e l'integrità e provvede al suo aggiornamento periodico e attiva iniziative di promozione della trasparenza in connessione con il Piano di prevenzione della corruzione;
- 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).

Il Responsabile per la trasparenza informa il Nucleo di Valutazione dell'avvenuta adozione del Programma per la trasparenza e l'integrità e ne condivide i contenuti ai fini di eventuali interventi migliorativi.

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 specifico, 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 - Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità convocherà i Direttori/Dirigenti/Responsabili per le verifiche periodiche.

Accesso generalizzato FOIA (Freedom of information Act)

Introdotta dal Decreto Legislativo 25 maggio 2016 n. 97 art. 5 c. 2 chiunque ha diritto ad accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art.5-bis .

Si tratta 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. Verranno fornite indicazioni operative per la compilazione e la pubblicazione del Registro dell'accesso.

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 della trasparenza e



l'integrità 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, co.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 e l'integrità 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 30.4 e al 30.11 sul rispetto degli obblighi di pubblicazione (tabella ANAC).
Tutte	Accesso civico	URP	Report al 28.2 e a 31.7.2019 sull'applicazione delle disposizioni in materia di accesso civico (pubblicazione registro degli accessi; segnalazione anomalie etc.)