





## Indice generale

PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO.....	5
Premessa.....	5
Analisi del contesto esterno (situazione economico - sociale).....	5
Analisi del contesto esterno (comprensiva della situazione istituzionale a seguito della riforma della LR n.23/2015).....	10
Analisi del contesto interno.....	12
Direzione Generale.....	14
Direzione Amministrativa.....	15
Direzione Sanitaria.....	16
Direzione Socio Sanitaria.....	20
Processo di adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione.....	25
Durata e iniziative già intraprese in materia di corruzione e trasparenza.....	26
Processo di adozione del Piano e specifiche misure regionali, anche alla luce della LR n.23/2015.....	30
Soggetti con funzioni di controllo.....	32
Definizione di corruzione.....	32
Finalità del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.....	33
Piano delle Performance.....	34
I SOGGETTI E I RUOLI DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE.....	36
Il Responsabile per la prevenzione della corruzione dell'ASST della Valcamonica.....	36
Gli altri soggetti coinvolti nella Prevenzione della corruzione.....	38
Ruolo dei Direttori, dei Dirigenti e dei Responsabili dei Servizi quali Referenti in materia di prevenzione della corruzione.....	39
Ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) e del Collegio Sindacale.....	40
Ruolo dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari.....	41
Ruolo dei dipendenti e dei collaboratori dell'Azienda.....	41
Ruolo dell'Ufficio Qualità.....	41
<i>Il Gestore delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo</i> .....	42
Il Dirigente incaricato dei controlli sui verbali dei Collegi Sindacali, ai sensi della DGR	



n.X/5661/2016.....	42
Organismo Regionale per le attività di Controllo.....	42
Stakeholders.....	42
GESTIONE DEL RISCHIO.....	43
Gestione del rischio: fondamento normativo e ruolo del PTPC.....	43
L'iter procedurale.....	43
Definizione del contesto.....	44
Valutazione del rischio e conseguente ponderazione/trattazione dello stesso.....	45
Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi.....	49
Aree di rischio - introduzione.....	54
Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 - affari legali e contenzioso.....	54
Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 - I "contratti pubblici".....	55
Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 - Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.....	59
Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 - Incarichi e nomine.....	60
Aree di rischio specifiche di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 "Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale".....	63
Area di rischio specifica di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 "Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale" - Attività libero professionale e Liste di attesa.....	63
Area di rischio specifica di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 "Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale" - Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.....	65
Area di rischio specifica di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 "Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale" - Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.....	66
Altre misure preventive generali.....	67
FORMAZIONE IN TEMA DI ANTICORRUZIONE.....	68
CODICI DI COMPORTAMENTO.....	70
ALTRE INIZIATIVE.....	72



Rotazione del personale.....	72
Rotazione Straordinaria.....	73
Gestione del conflitto d'interesse.....	74
Conferimento e autorizzazione incarichi extra-istituzionali.....	76
Flussi informativi verso il Responsabile della prevenzione della corruzione.....	77
Gestione del conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (revolving doors - pantouflage).....	78
Lo svolgimento di attività successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro (revolving doors – pantouflage).....	79
Tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (whistleblowing).....	80
Iniziative di comunicazione/partecipazione/sensibilizzazione.....	81
Monitoraggio dei tempi procedurali.....	81
Patti di integrità negli affidamenti.....	81
Attuazione del Decreto del Ministero dell'Interno 25.9.2015 in materia di riciclaggio.....	82
Aggiornamenti del documento.....	82
<b>SEZIONE DEDICATA A TRASPARENZA E INTEGRITA'</b> .....	<b>84</b>
Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità.....	85
Accesso civico e diritto di accesso agli atti (L n.241/90).....	85
Accesso generalizzato FOIA (Freedom of information Act).....	86
Obblighi di pubblicazione per la dirigenza sanitaria.....	86
Modalità di raccolta dei dati.....	88
Modalità di pubblicazione.....	88
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.....	88
Monitoraggio interno.....	88
Audit dell'OIV.....	89
Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente".....	89
Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico.....	89



## **PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO**

### **Premessa**

Il presente Piano triennale per la prevenzione della corruzione (PTPC) 2020 - 2022, 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.1064 del 13.11.2019.

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 quarto aggiornamento dell'atto programmatico del 2016 (PTPCT 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 PTPCT 2016, 2017, 2018 e 2019 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 km<sup>2</sup>. 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 01.01.2019 (ISTAT), il numero della popolazione residente si



attesta su 100.000 unità, di cui 50.360 di sesso femminile e 49.640 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 Km<sup>2</sup> e una popolazione così distribuita:

	Comune	Popolazione residenti	Superficie km <sup>2</sup>	Densità abitanti/km <sup>2</sup>	Altitudine m s.l.m.
1	Angolo Terme	2362	30,56	77,29	426
2	Artogne	3.609	21,02	171,69	266
3	Berzo Demo	1615	15,46	105,95	790
4	Berzo Inferiore	2489	21,92	113,54	356
5	Bienno	3804	30,54	124,46	445
6	Borno	2598	30,50	85,18	912
7	Braone	693	13,36	50,95	394
8	Breno	4815	59,94	80,33	343
9	Capo di Ponte	2448	18,11	135,17	362
10	Cedegolo	1150	11,08	103,79	413
11	Cerveno	669	21,55	31,04	500
12	Ceto	1864	32,30	57,71	453
13	Cevo	857	35,47	24,16	1.070
14	Cimbergo	540	24,71	21,85	850
15	Cividate Camuno	2742	3,31	828,40	274
16	Corteno Golgi	1953	82,61	23,64	925
17	Darfo Boario Terme	15691	36,07	435,01	218
18	Edolo	4525	88,90	50,90	699
19	Esine	5225	30,31	172,38	286
20	Gianico	2132	13,38	159,34	281
21	Incudine	368	19,67	18,70	910
22	Losine	609	6,26	97,28	391
23	Lozio	405	23,74	17,06	975
24	Malegno	1993	6,89	289,26	328
25	Malonno	3150	31,46	100,13	596
26	Monno	535	31,03	17,24	1.066
27	Niardo	2027	22,16	91,47	442
28	Ono San Pietro	963	13,78	69,88	516
29	Ossimo	1444	14,86	97,17	869
30	Paisco Loveno	185	35,87	5,16	853



31	Paspardo	602	11,15	53,99	978
32	Pian Camuno	4741	10,95	432,97	244
33	Piancogno	4696	14,30	328,39	250
34	Pisogne	7963	49,23	161,75	187
35	Ponte di Legno	1761	100,43	17,53	1.257
36	Saviore dell'Adamello	867	84,27	10,29	1.210
37	Sellero	1430	14,47	98,82	476
38	Sonico	1259	60,89	20,67	650
39	Temù	1110	43,26	25,65	1.144
40	Veza d'Oglio	1444	54,15	26,66	1.080
41	Vione	667	35,27	18,91	1.250
Totale		100.000	1.305,19	76,62	

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

	Valle Camonica	Lombardia	Italia
Superficie	1.305,19 Km <sup>2</sup>	23.861,8 Km <sup>2</sup>	301.338 Km <sup>2</sup>
Residenti al 1.1.2019	100.000	10.036.258	60.483.973
Densità abitativa	76,62 ab/Km <sup>2</sup>	420,59 ab/Km <sup>2</sup>	200,71 ab/Km <sup>2</sup>

	Valle Camonica	Lombardia	Italia
Totale residenti al 01.01.2019	100000	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	179,1	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<sup>a</sup> Report Immigrazione straniera in Vallecasonica" 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 Vallecasonica	9.720	630	6,48%
Provincia Brescia	198.500	13.000	7,0%

Il Distretto di Vallecasonica (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 Vallecasonica	5.510	340	6,1
Provincia Brescia	103.800	8.400	8,1

	Totale presenze femmine	Di cui IRREGOLARI	Tasso irregolarità
Distretto Vallecasonica	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 convalle 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 2017" trasmessa alla Presidenza del Senato della Repubblica e "Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione investigativa antimafia (DIA) - secondo semestre 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



principalmente alle sostanze stupefacenti. Sempre con più generale riferimento all'intera provincia, è segnalata, in ragione della radicata presenza di attività industriali ed economiche (che sono, nel territorio di competenza dell'ASST, significativamente meno rilevanti, come sopra evidenziato), la presenza di criminalità organizzata tradizionale, nonché di altre forme delinquenti (criminalità etnica etc.).

Si segnala comunque che nel corso del 2018 sono state emesse ordinanze cautelari nei confronti di alcuni amministratori di enti locali, principalmente per reati contro la PA ed in particolare reati legati a comportamenti idonei a turbare il regolare svolgimento di gare ed appalti, oltre che a presunti fenomeni corruttivi. Nel corso del 2019 i procedimenti di cui trattasi hanno avuto i necessari seguiti processuali, tendenzialmente con una riconduzione dei fatti a reati contro la libertà negli incanti.

Nel corso del 2019, l'inchiesta "Leonessa" condotta dalla DDA di Brescia ha portato alla scoperta di una fitta rete di episodi di corruzione, favoreggiamenti, abusi d'ufficio e traffico di influenze ed ha visto coinvolti personaggi, anche di spicco, dell'Agenzia delle Entrate e della Guardia di Finanza, oltre a numerosi imprenditori locali e non. Dalle indagini è emerso che il sistema era gestito con la partecipazione della mafia gelese e, tra la settantina di persone sottoposte a misura cautelare, risulta anche un residente in Vallecamonica.

### **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 n.1140/2015 dell'allora Direttore Generale della disciolta ASL di Vallecamonica 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 Vallecamonica - 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 e Esine, il PRESST di Darfo, i poliambulatori di Pisogne, Breno e Cedegolo e da tre piccoli erogatori sanitari accreditati contrattualizzati (che erogano prestazioni di diagnostica di laboratorio, medicina sportiva e psichiatria). Le prestazioni socio sanitarie sono garantite attraverso una rete di circa 140 erogatori (tra cui 14 RSA).

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

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

La Legge regionale n.23 del 2015 ha apportato alcune modifiche al Testo unico delle leggi regionali in materia di Sanità (Legge Regionale n.33 del 2009), dando il via all'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo con l'obiettivo di spostare l'asse di cura dall'ospedale al territorio attraverso: maggiore integrazione tra gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali, la messa a sistema di interventi per la presa in carico e la continuità



assistenziale delle cronicità e delle fragilità e la separazione delle funzioni di programmazione, erogazione e controllo.

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

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

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

## 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 programmatica necessari (Piano di organizzazione, fabbisogno di personale, assegnazioni di bilancio etc.). Nel concreto nel corso del 2016 si è provveduto alla parziale riallocazione di personale, dapprima transitato presso l'ATS e poi nuovamente trasferito presso l'ASST. Ciò contestualmente alla scelta di affidare talune funzioni, in particolare a partire dal 2017, all'ASST, con specifico riferimento al tema della medicina legale e certificativa (es. medicina legale e necroscopica, vaccinazioni etc.). Risulta necessariamente da tale circostanza il fatto che si tratta di un'organizzazione e di un sistema non ancora completamente "assestato" ma "in divenire", non potendosi ritenere concluso l'iter di riforma.

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 e 2019 si è 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, sta-



bilisce 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 2020 delle disposizioni citate, si dovrà programmare un aggiornamento del Piano.

Attualmente è in corso presso il consiglio Regionale una revisione della LR n.23/2015 la quale potrebbe prevedere l'attribuzione di nuove competenze e determinare nuovi assetti per l'ASST, esigendo quindi un aggiornamento del PTPCT.

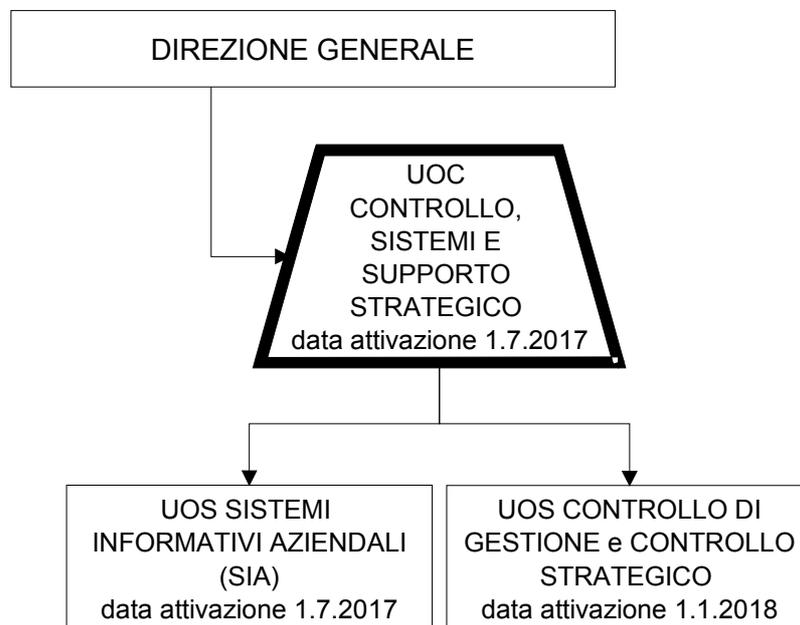
Di più, la LR n.23/2015 innova profondamente l'assetto organizzativo sanitario la quale in quanto, mantenendo i precedenti principi ispiratori - tra cui l'accentuazione della libera scelta del cittadino - associa il territorio all'ospedale e chiede alle ASST di introdurre delle nuove modalità di erogazione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

Il POAS, ad oggi, ha cessato la sua ordinaria vigenza, ma è da ritenersi ancora in vigore nelle more dell'approvazione delle linee guida regionali in merito (alla data odierna in fase di mera consultazione tramite "bozza"), al fine di poter disporre il nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico.

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

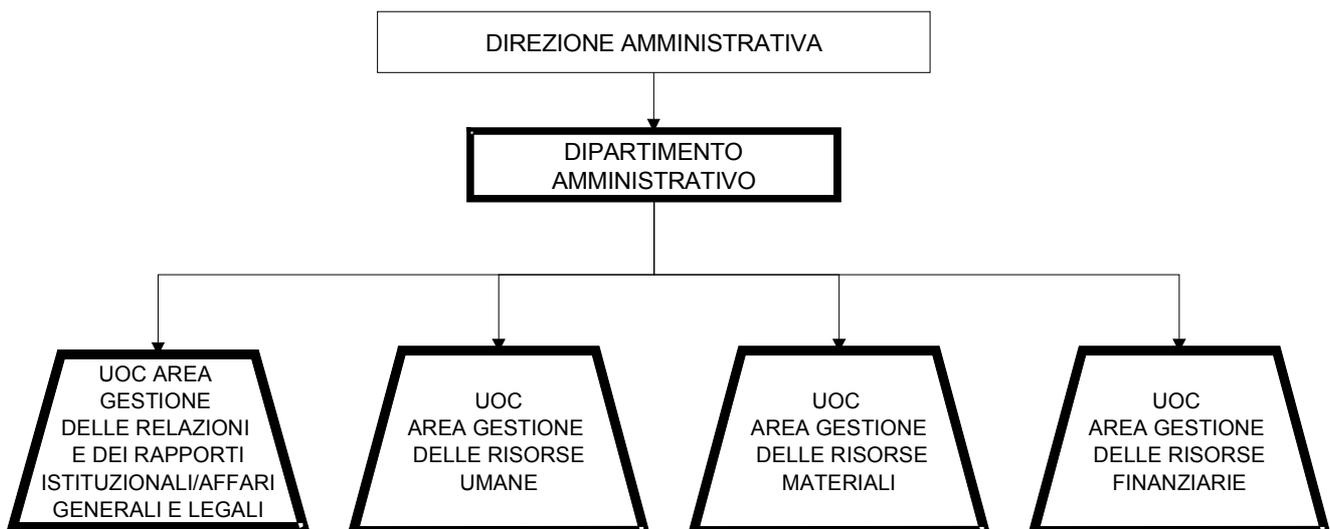
Direzione Generale

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

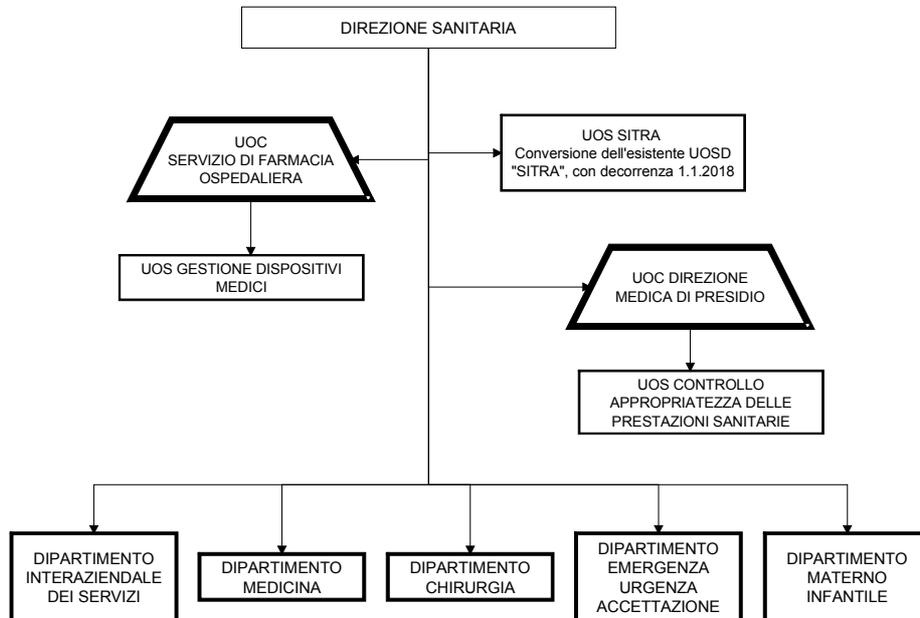
La Direzione Sanitaria Aziendale partecipa alla definizione delle politiche, delle linee strategiche e delle priorità della pianificazione aziendale allo scopo di raggiungere gli obiettivi di salute e di realizzare la migliore composizione tra le caratteristiche di efficacia, efficienza e qualità dei 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 interaziendale 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.

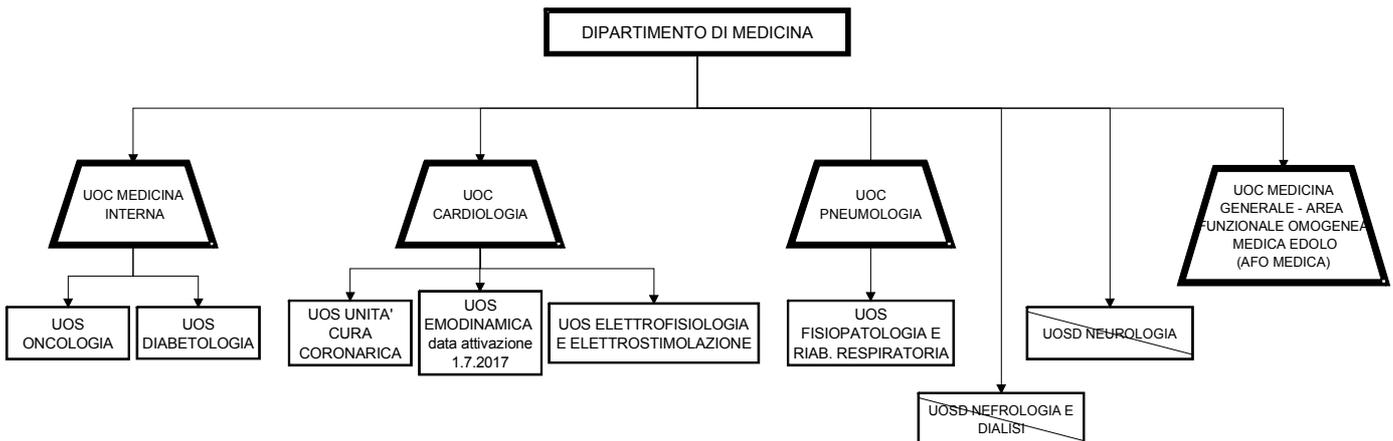
Nel corso del 2019 è stata effettuata, grazie alla Direzione medica di Presidio (struttura in staff alla Direzione sanitaria) e all'Ufficio Qualità (in staff alla Direzione generale), un'opera di riallineamento, di concerto con l'ATS della Montagna e sotto la guida di Regione Lombardia, tra gli assetti accreditati e l'organizzazione del vigente POAS.



**DIREZIONE SANITARIA E ORGANI IN STAFF**

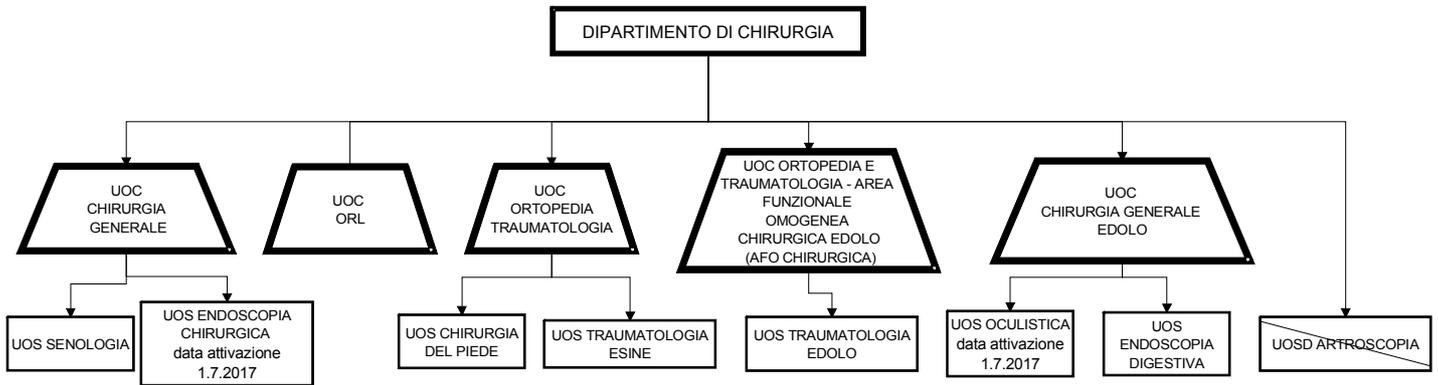


**DIPARTIMENTO DI MEDICINA**

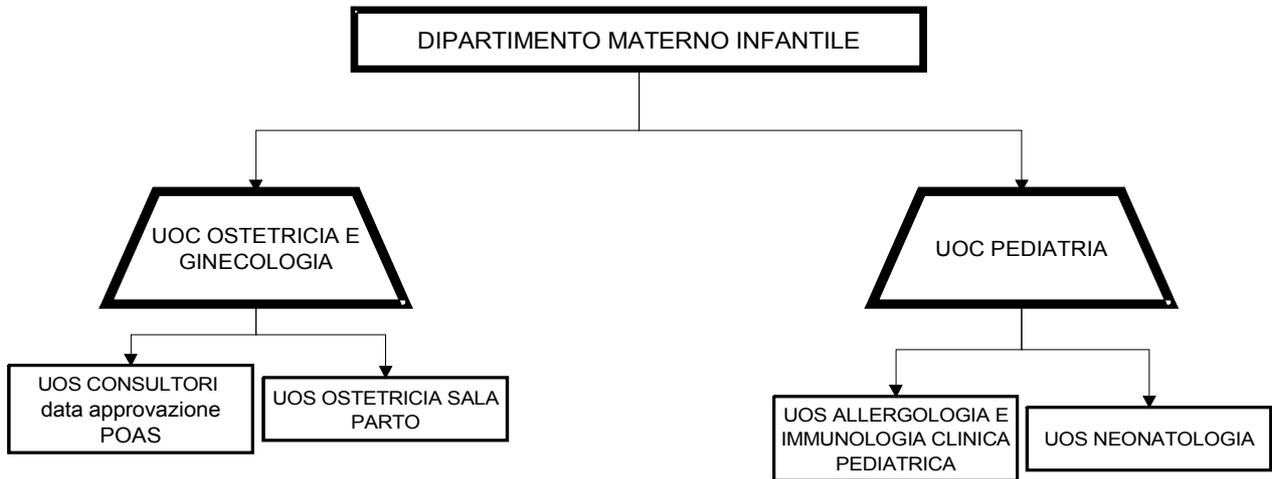




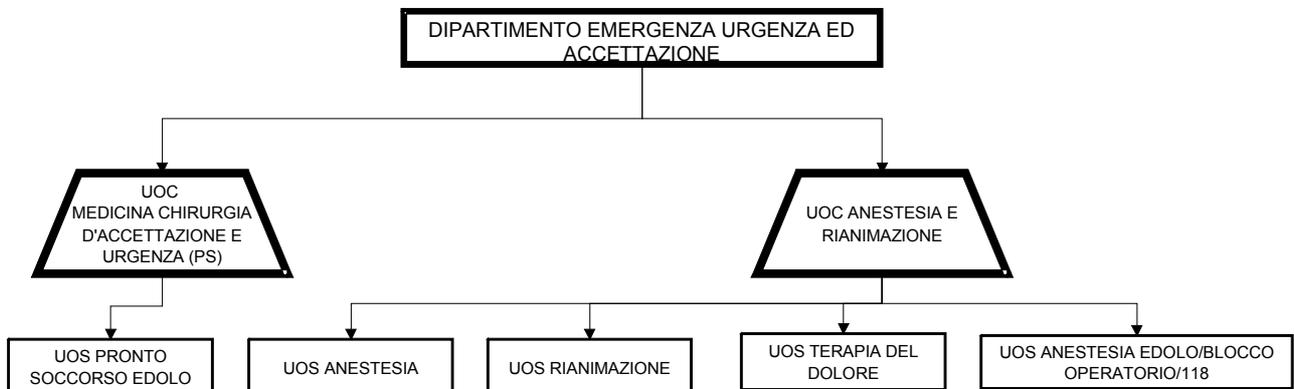
**DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA**

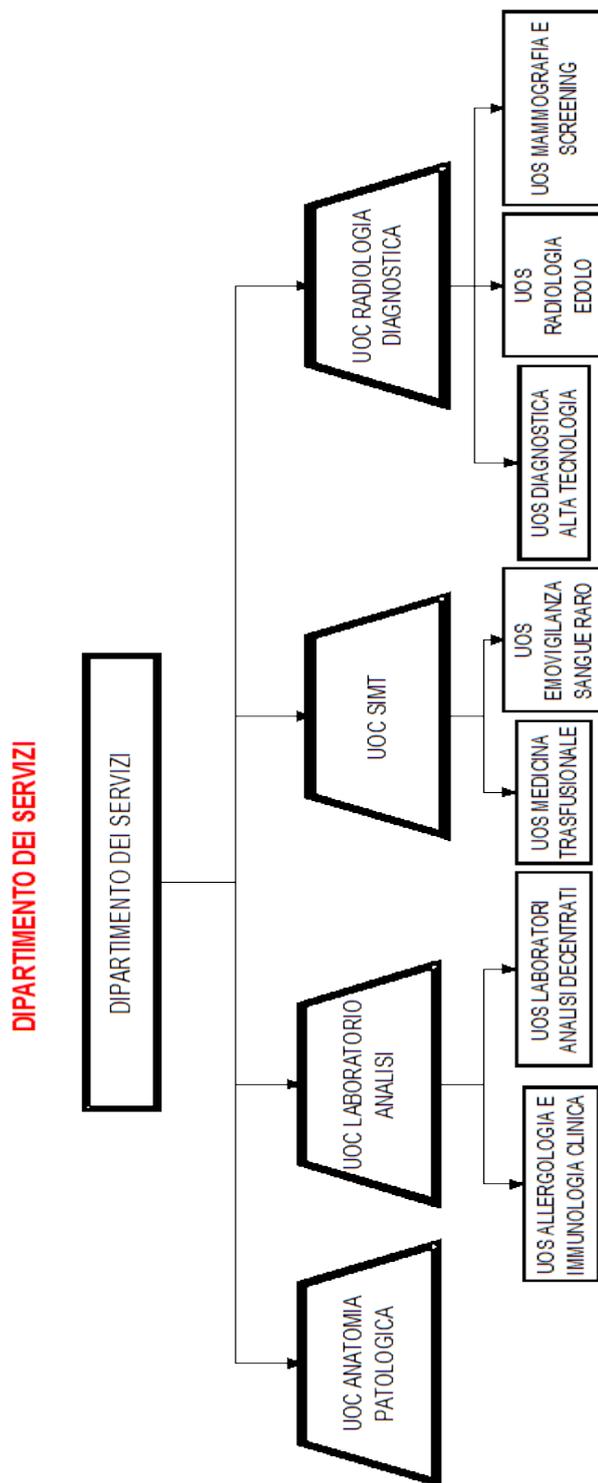


**DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE**



**DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA ED ACCETTAZIONE**

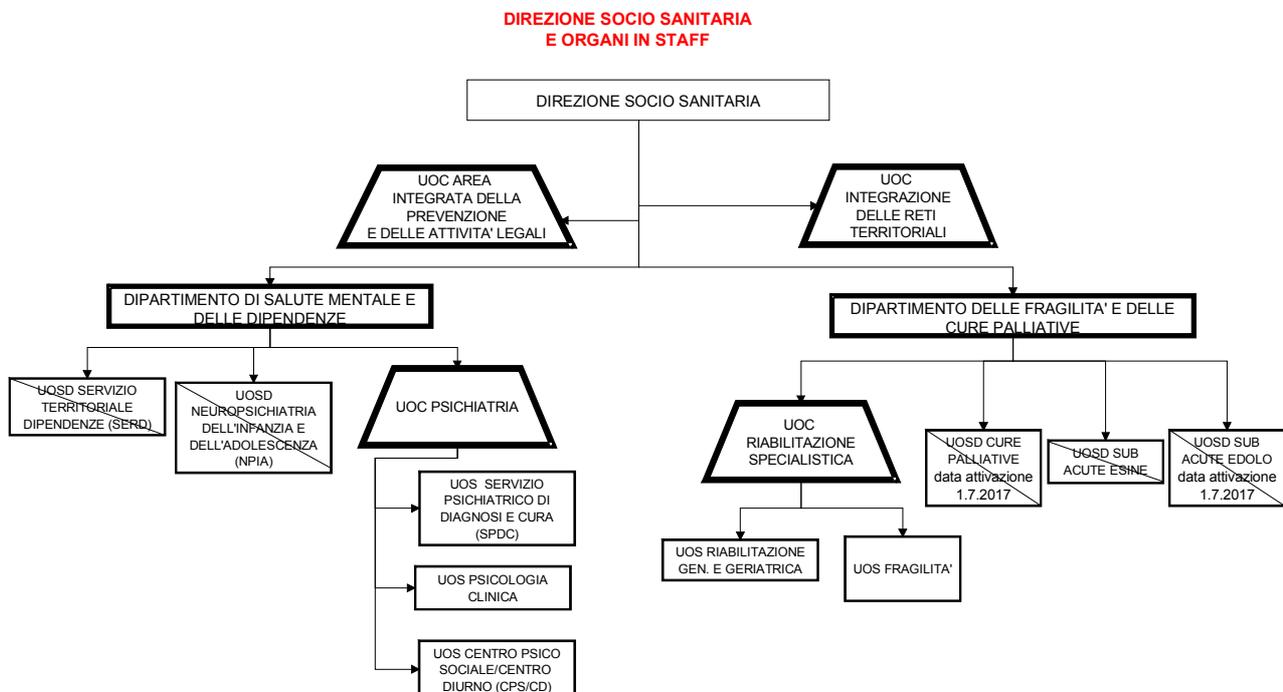






## Direzione Socio Sanitaria

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, anche con riferimento agli incarichi apicali, 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.

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

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

Le risorse umane in forza presso l'ASST possono essere compendiate come dal prospetto di seguito presentato (rilevazione per teste al 31.12.2019).

	<b>Tempo Indeterminato</b>	<b>Tempo Determinato</b>	<b>Totale</b>
Pers. Infermieristico	457	17	474
Pers. Tecnico Sanitario	73	5	78
Pers. Riabilitazione	45	2	47
Pers. Vigilanza/Ispezione	7	1	8
Ota/Oss	151	2	153
Assistenti Sociali	13	1	14



Pers. Tecnico non Sanitario	65	4	69
Pers. Amministrativo	115	2	117
Ausiliari	16	/	16
<b>Totale Comparto</b>	<b>1122</b>	<b>34</b>	<b>1156</b>
Dirigenti Medici	160	16	176
Dirigenti Sanitari	16	1	17
Dirigenti Amministrativi	2	/	2
Dirigenti Prof.li/Tecnici	3	/	3
<b>Totale Dirigenza</b>	<b>181</b>	<b>17</b>	<b>198</b>
<b>Totale</b>	<b>1303</b>	<b>51</b>	<b>1354</b>

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, con decreto n.913/2019, ha adottato, facendo seguito a quanto già previsto con decreto n.30/2019, 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 2018 e 2019 (proiezione)

<b>Produzione</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Residenti	€27.651.049	€25.382.504
Mobilità attiva	€5.338.881	€6.019.519
<b>Totale</b>	<b>€32.989.930</b>	<b>€31.402.023</b>



## Produzione specialistica - anni 2018 e 2019

Produzione	2018	2019
Residenti	€16.340.870	€16.802.879
Mobilità attiva	€2.539.167	€2.481.086
<b>Totale</b>	<b>€18.880.038</b>	<b>€18.899.288</b>

## Posti letto accreditati ad oggi (ultima modifica 01.08.2019)

REPARTO	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DH	POSTI TECNICI
Cardiologia	19	1	0
Chirurgia Generale Edolo	13	1	1
Chirurgia Generale Esine	34	2	1
Cure Palliative	0	0	8
Cure Sub Acute Esine	0	0	9
Cure Sub Acute Edolo	0	0	5
Ginecologia e Ostetricia	21	2	2
Medicina Interna Edolo	22	0	1
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	0
Riabilitazione Specialistica Esine	27	0	0
Rianimazione	4	0	0
UCC	6	0	0
Urologia	6	2	0
<b>Totale</b>	<b>328</b>	<b>17</b>	<b>51</b>



## 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 Esine	0	0	9
Cure Sub Acute Edolo	0	0	5
Ginecologia e Ostetricia	21	2	2
Medicina Interna Edolo	22	0	1
Medicina Interna Esine	43	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	0
Riabilitazione Specialistica Esine	27	0	0
Rianimazione	4	0	0
UCC	6	0	0
Urologia	6	2	0
<b>Totale</b>	<b>297</b>	<b>17</b>	<b>51</b>

## Riepilogo attività anno 2019

TOTALE	2019
posti letto ordinari + dh (attivati)	314
gg degenza (ricoveri ordinari + dh)	78.915
peso medio ricoveri ordinari	1,021



numero interventi chirurgici	4.591
di cui esterni	1.283
totale procedure chirurgiche	7.338

## 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 quarto 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, nel terzo con decreto n.83/2018 e nell'ultimo con decreto n.72/2019. La particolare genesi di tale ente (sorto in sostanziale continuità con la disciolta ASL di Vallecamonica-Sebino) e il principio di continuità delle misure in materia preventiva chiaramente espresso nella Deliberazione ANAC n.12/2015 non possono che porre il presente Piano, pur nelle peculiarità sue proprie, sulla scia delle iniziative già intraprese.

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

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

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

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

Non è da trascurare l'impegno profuso in ragione di plurimi fattori: la significativa presenza di dati sensibili negli atti di competenza, la peculiarità delle specializzazioni e discipline sanitarie e loro rilevanza rispetto a percorsi di rotazione, la natura delle prestazioni rese ai cittadini. Sia l'intervento della Conferenza Unificata (con particolare



riferimento alle determinazioni assunte nella seduta del 23.7.2013) 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.

L'ultimo Piano vigente (2019 - 2021) è stato approvato, sempre a valenza triennale, con decreto n.72/2019.

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

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

Il PNA 2019 ha previsto, in fase di adozione, un doppio passaggio per l'adozione del PTPCT. Infatti è suggerito che un primo schema di PTPCT, condiviso con la Direzione in modo da illustrare i contenuti e le implicazioni attuative, venga adottato e messo a disposizione sul sito internet aziendale ai fini della consultazione e, solo successivamente, approvato entro i termini previsti (31 gennaio), tenuto conto delle eventuali osservazioni e proposte pervenute sul testo posto in consultazione.

Per l'anno 2020, trattandosi di prima applicazione di quanto disposto con il PNA 2019, è stato comunque diffuso, con nota registrata al prot.ASST il 17.12.2019 al n.23856/19, un avviso di consultazione pubblica con scadenza 10.01.2020. Successivamente, aderendo agli indirizzi del PNA 2019, con decreto n.986 del 30.12.2019 è stato adottato un primo schema del PTPCT 2020-2022, ai fini dell'attivazione di una più articolata consultazione come disposto dal PNA 2019.

Come stabilito da precisa indicazione, i PTPCT devono essere pubblicati non oltre un mese dall'adozione sul sito istituzionale dell'azienda e trasmessi all'ANAC. L'Autorità ha sviluppato una piattaforma per la rilevazione delle informazioni sulla predisposizione dei PTPCT e sulla loro attuazione. Tale piattaforma oltre a fornire supporti operativi, è utile per redigere la relazione annuale. Tale piattaforma permetterà all'Autorità di condurre analisi qualitative dei dati grazie alla sistemica e organizzata raccolta di informazioni e, dunque, poter rilevare le criticità dei Piani, nonché migliorare l'attività di supporto alle amministrazioni. Allo stato, l'Azienda, aderendo al comunicato del 12.6.2019, ha provveduto alla registrazione sulla piattaforma per di acquisizione dei Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza del RPTC, con caricamento dei contenuti, seppur in forma semplificata, dei PTPCT 2019-2021. Non ha ritenuto invece di avvalersi, per la redazione del presente piano, in via esclusiva di detta piattaforma.

## **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



obbligatorie previsti dal D.Lgs n.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 PTPCT 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 Vallecmonica-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 n.33/2013;
- Attività formativa in materia di prevenzione della corruzione, rivolta a circa 1/3 del personale in servizio presso la disciolta ASL di Vallecmonica-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 Vallecmonica 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 n.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 2018-2020, 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.

Nel corso dell’anno 2019 si è provveduto a:

- Adozione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2019-2021, comprensivo del PTTI;
- Pubblicazione nel sito internet aziendale nella sezione “Trasparenza” dei dati obbligatori previsti dal D.Lgs n.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 costitui-



- to 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;
  - Corso in materia di conflitto d'interesse aperto ad una pluralità di operatori
  - Formazione in merito all'antiriciclaggio per settori aziendali interne.

### **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 PTPCT.

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

- per l'analisi e il monitoraggio dei rischi (il Modello Organizzativo era già caratterizzato dall'individuazione dei processi significati e dalla valutazione dell'incidenza delle violazioni sia in termini di gravità che di ricorrenza);
- con riferimento al Codice Etico Comportamentale, al fine di predisporre principi e regole di rapporto con gli utenti, i fornitori, i propri collaboratori e dipendenti e specifiche clausole di adesione per i fornitori al medesimo;
- per la formazione;



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

I PTPCT della disciolta ASL di Vallecamonica-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;
- ORAC – Organismo Regionale per le Attività di Controllo, con attività di verifica del corretto funzionamento delle strutture organizzative della Giunta regionale e degli enti del Sistema Regionale;
- il Responsabile della prevenzione e della corruzione che è colui che all'interno dell'Azienda pone in essere quanto previsto dalla legge sulla base del Piano per la Prevenzione della Corruzione, con i compiti, le funzioni e le responsabilità dettagliatamente specificate nell'Aggiornamento al PNA 2019 (con particolare riguardo all'allegato n.3), nonché nella delibera n.840/2018.

## 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 PTPCT 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 PTPCT 2020-2022 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 PTPCT si pone l'intento di diffondere una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. Ciò è perseguibile solo con l'attiva collaborazione della dirigenza, del personale non dirigente e degli organi di valutazione e controllo.

Il PTPCT, 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.

Altro strumento di monitoraggio in grado di evidenziare l'attuazione del PTPCT è la relazione annuale del RPCT, la quale deve essere redatta, secondo le indicazioni annualmente fornite da ANAC. Tale relazione costituisce uno strumento indispensabile per la valutazione da parte della Direzione dell'efficacia delle strategie di prevenzione perseguite nel Piano.

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.

## **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. Alla luce di quanto espresso, all'interno del Piano Performance è pertanto prevista una specifica indicazione di progetti ed obiettivi relativi agli obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni e alle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, elaborati di



concerto tra le diverse funzioni interessate. L'individuazione di tali obiettivi da correlarsi alla performance e finalizzati alla prevenzione e repressione della corruzione nonché all'implementazione di tutte le azioni legate alla trasparenza rappresenta un ulteriore strumento per favorire l'accesso del cittadino all'attività dell'Amministrazione con conseguente possibilità di effettuare un controllo "diffuso" sull'operato delle Pubbliche Amministrazioni. Ciò garantisce il necessario collegamento tra i diversi atti programmatici (Piano performance e Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza), come previsto, in forma rafforzata, dal Piano Nazionale Anticorruzione 2019;

L'Azienda provvederà, entro i termini di legge, all'aggiornamento, per l'anno 2020, 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.



## **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;
- segnala all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), all'Autorità Garante della Concorrenza e del mercato (ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla L. 20.7.2004, 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;



- predisporre e verifica il sistema di prevenzione della corruzione al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione;
- ha l'obbligo di segnalare all'organo di indirizzo e al NVP le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- programma le attività necessarie per garantire l'attuazione corretta delle disposizioni in tema di trasparenza e verifica la qualità dei dati pubblicati in termini di completezza, chiarezza, aggiornamento e facile consultazione;
- riscontra le richieste ispettive, di sindacato, di controllo e di vigilanza dell'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 e nel PNA 2019.

Tali compiti non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità. Il Responsabile non dispone di una struttura appositamente ed esclusivamente destinata alle funzioni in materia. Si avvale, nell'esercizio delle proprie funzioni, del supporto tecnico-giuridico ed operativo del personale afferente all'Area Gestione delle Risorse Umane (con particolare riguardo al settore giuridico e al settore concorsi/relazioni sindacali) ed all'Area Gestione delle Relazioni/Affari Generali e legali. Su indicazioni del NVP, che ha analizzato preventivamente la bozza di PTPCT già adottata, viene individuata quale misura a garanzia delle funzioni del RPCT la formalizzazione della struttura di supporto.

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

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

L'allegato 3 del PNA 2019 “Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni di Responsabile della prevenzione e della corruzione e della trasparenza (RPCT)” si focalizza su questa importante figura riprendendone l'istituzione e i criteri di scelta, disciplinati dalla Legge n.190/2012, si richiamano i compiti e i poteri, che sono in parte ripresi nella prima parte di questa sezione. L'approfondimento prosegue sottolineando l'importanza degli obblighi di informazione nei confronti del RPCT da parte del personale dirigente, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPCT e alle misure di contrasto alla corruzione, nonché l'importanza dell'applicazione da parte di tutti i dipendenti dell'amministrazione delle prescrizioni contenute nel Piano. L'organo di indirizzo è strettamente connesso con quanto svolto dal RPCT, in quanto l'indirizzo e gli obiettivi



strategici del PTPCT sono posti dalla Direzione Strategica, alla quale il RPCT deve riferire in merito all'attività, attraverso la relazione annuale. Il RPCT deve segnalare i casi di violazione delle disposizioni in merito al D.Lgs n.39/2013 all'ANAC, nonché i risultati del monitoraggio annuale dell'attuazione dei codici di Comportamento. L'ANAC ha il compito inoltre, di vigilare sull'operato dei responsabili della trasparenza, a cui può chiedere un rendiconto sui risultati del controllo svolto.

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

## **Gli altri soggetti coinvolti nella Prevenzione della corruzione**

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



- luce della normativa anticorruzione;
- garantire la massima trasparenza a tutte le iniziative aziendali volte a prevenire, impedire e contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione e ad assicurare l'osservanza della legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, diffondendone la conoscenza fra il personale della propria struttura;
  - individuare il personale da inserire in percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, comunicandoli al Responsabile aziendale e pianificare modalità di condivisione delle conoscenze e competenze acquisite;
  - verificare, d'intesa con il Responsabile aziendale, l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree di attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione.

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

- i Referenti sono tenuti a comunicare al RPCT i dati utili (aree critiche e azioni correttive) per la costruzione ed il costante aggiornamento dei singoli Processi inseriti nel Piano di prevenzione, nonché eventuali ulteriori fattispecie a rischio corruzione;
- il RPCT raccoglie e valuta le informazioni pervenute inserendole nel Piano, anche mediante aggiornamento infrannuale;
- il RPCT diffonde il PTPC tramite pubblicazione sul sito web e nella rete intranet aziendale.

#### *Ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) 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.190/2012)

Le modifiche che il D.Lgs n.97/2016 ha apportato alla L n.190/2012 rafforzano le funzioni già affidate al NVP in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal D.Lgs n.33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con



l'ANAC. In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del D.Lgs n.33/2013, detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verificano che i PPTTPC siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Il NVP si occupa inoltre di verificare, ai sensi dell'art.14, co.4, lett.g) del D.Lgs n.150/2009 e della delibera ANAC n.1316/2016 e n.141/2019, la pubblicazione, completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione in base a quanto sottoposto a verifica ANAC. Inoltre contestualmente attesta l'individuazione, da parte dell'Amministrazione, di misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi formativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente", l'individuazione dei Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, informazioni e dei dati, nonché la veridicità e attendibilità. Si segnala che, in sede regionale, è in corso una riforma, la cui concretizzazione è prefigurabile nell'anno 2020, circa i compiti e le funzioni del NVP nei particolari ambiti della prevenzione della corruzione e della 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.

*Organismo Regionale per le attività di Controllo*

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

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

*Stakeholders*

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



## **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 PTPCT 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).
- ◆ 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 (generali 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 esplicitazione 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:

- a. processo, sotto-processo, modalità di svolgimento delle attività, responsabilità, input output, documentazione di riferimento;
- b. 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;
- c. 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;
- d. 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 Economali 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.

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 gli anni precedenti, 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 delineaazione 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.

## **Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi**

Il PNA 2019 ha previsto come unico documento metodologico da seguire nella predisposizione dei PTPCT per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo l'allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione del rischio corruttivo". Poiché, come vedremo di seguito, tale metodologia è complessa, l'ASST della Valcamonica intende adeguarsi a quanto disposto in modo graduale, prendendo attualmente atto di quanto disposto e pianificando l'applicazione delle nuove metodologie nel corso del triennio 2020-2022.



Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, migliorando la conoscenza dell'amministrazione consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili. Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali (la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema). Sviluppandosi in maniera "ciclica", in ogni sua ripartenza il ciclo deve tener conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza accumulata e adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

La vigente disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione del PTPCT e al monitoraggio. Di seguito, si espongono sinteticamente i compiti dei principali ulteriori soggetti coinvolti nel sistema di gestione del rischio corruttivo, concentrandosi esclusivamente sugli aspetti essenziali a garantire una piena effettività dello stesso.

L'organo di indirizzo politico-amministrativo deve:

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

I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative devono:

- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.



Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) e le strutture con funzioni assimilabili, devono:

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

Il RPCT può avvalersi delle strutture di vigilanza ed audit interno per:

- attuare il sistema di monitoraggio del PTPCT, richiedendo all'organo di indirizzo politico il supporto di queste strutture per realizzare le attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio;
- svolgere l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio.

È opportuno che i dipendenti partecipino attivamente al processo di gestione del rischio e, in particolare, alla attuazione delle misure di prevenzione programmate nel PTPCT. Tutti i soggetti che dispongono di dati utili e rilevanti (es. uffici legali interni, uffici di statistica, uffici di controllo interno, ecc.) hanno l'obbligo di fornirli tempestivamente al RPCT ai fini della corretta attuazione del processo di gestione del rischio.

La prima fase del processo di gestione del rischio è relativa all'analisi del contesto esterno ed interno. In questa fase, l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione (contesto interno). Tale fase nel PTPCT dell'ASST della Valcamonica si ritrova nella sezione "Processo di adozione del Piano". Nell'analisi del contesto interno, oltre a dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è di nuova introduzione la mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

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

Un processo può essere definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente).

Si tratta di un concetto organizzativo che ha il vantaggio di essere più flessibile, gestibile, completo e concreto nella descrizione delle attività rispetto al procedimento amministrativo. In particolare, il processo è un concetto organizzativo:

- più flessibile, in quanto il livello di dettaglio dell'oggetto di analisi non è definito in maniera esogena (dalla normativa), ma è frutto di una scelta di chi imposta il sistema. Si può quindi definire l'analiticità della mappatura di un processo a seconda dello scopo, delle risorse e delle competenze di cui l'organizzazione dispone.
- più gestibile, in quanto può favorire la riduzione della numerosità degli oggetti di



analisi, aggregando più procedimenti in un unico processo.

- più completo, in quanto se, da un lato, non tutta l'attività amministrativa è proceduralizzata, dall'altro, i processi possono abbracciare tutta l'attività svolta dall'amministrazione.

- più concreto, in quanto descrive il "chi", il "come" e il "quando" dell'effettivo svolgimento dell'attività e non "come dovrebbe essere fatta per norma".

La mappatura dei processi si articola nelle fasi riportate nella figura seguente.



L'identificazione dei processi è il primo passo da realizzare per uno svolgimento corretto della mappatura dei processi e consiste nello stabilire l'unità di analisi (il processo) e nell'identificazione dell'elenco completo dei processi svolti dall'organizzazione che, nelle fasi successive, dovranno essere accuratamente esaminati e descritti. In altre parole, in questa fase l'obiettivo è quello di definire la lista dei processi che dovranno essere oggetto di analisi e approfondimento nella successiva fase.

Dopo aver identificato i processi è opportuno comprenderne le modalità di svolgimento attraverso la loro descrizione (fase 2). Ai fini dell'attività di prevenzione della corruzione, la descrizione del processo è una fase particolarmente rilevante, in quanto consente di identificare più agevolmente le criticità del processo in funzione delle sue modalità di svolgimento al fine di inserire dei correttivi. Il risultato di questa fase è, dunque, una descrizione dettagliata del processo.

La gradualità di approfondimento, per tenere conto delle esigenze dell'amministrazione, può riguardare:

- a. gli elementi funzionali alla descrizione dei processi;
- b. gli ambiti di attività (aree di rischio) da destinare all'approfondimento.

Con riferimento al primo punto (a), l'ASST procederà gradualmente ad inserire elementi descrittivi del processo. Si ritiene di dover partire almeno dai seguenti elementi di base:

- breve descrizione del processo (che cos'è e che finalità ha);
- attività che scandiscono e compongono il processo;
- responsabilità complessiva del processo e soggetti che svolgono le attività del processo.

Per quanto riguarda il secondo punto (b), l'amministrazione programmerà nel tempo la descrizione dei processi, specificando le priorità di approfondimento delle aree di rischio, ed esplicitandone chiaramente le motivazioni. In altre parole, l'amministrazione realizzerà, nel tempo, la descrizione completa, partendo da quei processi che afferiscono ad aree di rischio ritenute maggiormente sensibili, motivando nel Piano tali decisioni e specificando i tempi di realizzazione della stessa.

L'ultima fase della mappatura dei processi (fase 3) concerne la rappresentazione degli elementi descrittivi del processo illustrati nella precedente fase. Gli elementi da includere nella rappresentazione dei processi possono essere più o meno numerosi a seconda del livello di analiticità con cui è stata svolta la fase di descrizione. In ogni caso, in una logica di semplificazione, si ritiene di includere solo gli elementi strettamente funzionali allo svolgimento delle fasi successive del processo di gestione del rischio (valutazione e trattamen-



to).

La mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione. Per la mappatura è fondamentale il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali. Si valuterà se prevedere la costituzione di un gruppo di lavoro dedicato e interviste agli addetti ai processi onde individuare gli elementi peculiari e i principali flussi.

L'allegato 1 del PNA 2019 ha poi indicato l'elenco delle principali aree di rischio suddivise tra amministrazioni ed enti interessati. Per quanto concerne le aree a competenza di tutte le amministrazioni e quelle specifiche per le Aziende del SSN, l'ASST della Valcamonica aveva già provveduto, con le precedenti indicazioni ad analizzare talune aree di interesse, come indicato nei paragrafi seguenti.

Nel corso del triennio, anche sulla scorta delle risorse umane disponibili, dovrà effettuare tale analisi del rischio, muovendo dapprima da specifici procedimenti (magari meno articolati e più facilmente intellegibili) per poi estendere l'ambito di applicazione ed efficacia.

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



## Aree di rischio - introduzione

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

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

L'area di cui alla lettera a) (più sopra affrontata) verrà implementata in base alle nuove metodologie introdotte dal PNA 2019.

Le aree di cui alle lettere b) e c) (più sopra affrontate) devono considerarsi già oggetto di analisi del rischio e di adozione di misure preventive secondo quanto previsto dell'aggiornamento 2015 del PNA, che nel corso del triennio verranno riviste in base a quanto disposto dall'allegato 1 del PNA 2019.

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 e), essendo le funzioni di controllo, verifica, ispezione e sanzione già svolte dalla disciolta ASL di Vallecamonica-Sebino istituzionalmente affidate all'ATS della Montagna.

Gli ambiti sub f) e g) sono soggetto, sulla scorta di quanto già previsto nell'aggiornamento 2015 al PNA, nelle sezioni che seguono.

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

Tra le aree di rischio "generali" previste dell'Aggiornamento al PNA 2019, si fa riferimento a quella relativa agli affari legali e contenzioso. In particolare è di rilievo l'ambito del conferimento degli incarichi di difesa dell'Azienda a legali esterni. Il carattere fiduciario degli stessi può, in via teorica, consentire scelte discrezionali dirette a favorire taluni professionisti, indipendentemente dalla qualificazione professionale e dall'esperienza. Ferma 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 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 oppure giustificazione nei casi in cui tale opzione sia disattesa
Affari legali e contenzioso	Procedimentalizzazione	Avvocatura - Ufficio attività giuridiche ispettive e contrattuali	Report al 30.6 ed al 30.11 dei soggetti incaricati nel periodo di riferimento, con evidenza di reiterazione di incarichi al medesimo professionista, con specifica motivazione
Affari legali e contenzioso	Trasparenza	Avvocatura - Ufficio attività giuridiche ispettive e contrattuali	Pubblicazione in forma riassuntiva e tabellare, entro il 31.3, degli incarichi legali conferiti nell'esercizio precedente nella sezione "Altri contenuti – dati ulteriori"

## Aree di rischio generali di cui alla Deliberazione ANAC n.1064/2019 - 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.

Si specifica che all'interno dell'ASST della Valcamonica l'Area Gestione Risorse Materiali non è l'unica struttura che si occupa di contratti pubblici, infatti al fine di meglio ottimizzare la gestione delle attività di gare, le stesse sono eseguite anche dall'UOC Farmacia, dai Sistemi Informativi Aziendali, dall'Ufficio Tecnico e dal Servizio di Ingegneria Clinica, per le aree di competenza. Per quanto si cerchi di uniformare le metodologie per l'esperimento delle procedure, tale aspetto rappresenta ancora un ambito di miglioramento a cui si deve puntare. In virtù di ciò si sottolinea che tutti gli obblighi in capo all'AGRM devono essere adempiuti anche dalle altre strutture che svolgono le stesse attività, con particolare rilievo alla rendicontazione di quanto di seguito esposto al RPCT.

Si osserva che le procedure di scelta del contraente attivate da quest'ASST sono svolte, in un gran numero di casi, in forma aggregata con altre aziende del SSR o attraverso centrali di committenza (SINTEL o 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 PTPCT della neonata ASST, a riservare specifica attenzione alla fase esecutiva, in senso lato intesa, ri-



comprendendo in detto concetto i subprocedimenti (così come descritti nell'aggiornamento al PNA 2015) di “verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto”, di “esecuzione del contratto” e di “rendicontazione del contratto”. In tali fasi pare residuare maggior spazio di discrezionalità, anche per la pluralità dei soggetti chiamati a partecipare all'attuazione del rapporto contrattuale (Unità operative destinatarie di beni, servizi e lavori, subappaltatori, DEC, RUP etc.).

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

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'RPCT ha sollecitato le strutture aziendali competenti a provvedere all'adempimento dell'indicazione pervenuta. Nel corso del 2019 Regione Lombardia ha predisposto ed emanato un apposito modulo da utilizzare in merito alle richieste di infungibilità da parte dei clinici per importi al di sopra dei € 40.000,00, mentre sotto tale soglia è stato predisposto un modello aziendale.

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

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

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

Nella medesima direzione s'inserisce la scelta di pubblicare:

- l'aggiornamento della programmazione annuale dell'attività contrattuale in corso d'anno con cadenza periodica;



- acquisizioni realizzate in autonomia dalla stazione appaltante, a prescindere dagli importi.

Per i beni e servizi che non rientrano per categoria e per importo nell'ambito di applicazione del DPCM 24 dicembre 2015 (in attuazione dell'art. 9, co. 3, del DL 66/2014), è programmato, anche per l'anno 2020, l'inserimento nel provvedimento autorizzativo della espressa indicazione che il bene o servizio acquistato «non rientra tra le categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal DPCM di cui all'art. 9 co. 3 del DL 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/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico	Report al 30.11 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/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico	Flussi informativi semestrali (entro 31.7 e 31.1 per il semestre precedente) verso il RPCT 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/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico	Report, semestrale (entro 31.7 e 31.1 per il semestre precedente), delle misure adottate per assicurare flussi relativi a scostamenti tra gli importi contrattuali e gli importi corrisposti all'appaltatore, con idonea motivazione
Contratti	Controllo (tramite flussi informativi)	AGRM	Flussi informativi semestrali (entro 31.7 e 31.1 per il semestre precedente) verso il RPCT e, eventualmente, verso il Collegio Sindacale delle proroghe / contratti ponte, con evidenza della ragione giustificativa
Contratti	Controllo	AGRM/SIC/ Ufficio Tecnico	Per i beni ed i servizi che non rientrano nei casi del DPCM 11.7.2018, espressa menzione nei provvedimenti autorizzativi della sussistenza di causa di esclusione, secondo la formulazione ANAC. Segna-



			lazione casi di mancata applicazione di tale misure.
Contratti	Programmazione	AGRM	Programmazione annuale e aggiornamento 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	Controllo su esecuzione / rendicontazione	AGRM/SIC/SIA/ Ufficio Tecnico	Pubblicazione semestrale (entro 31.7 e 31.1 per il semestre precedente) delle acquisizioni realizzate in autonomia dalla stazione appaltante, a prescindere dagli importi (tramite applicativo)
Contratti	Regolamentazione	AGRM	- Regolamento in materia di RUP/DEC da aggiornare entro 31.12.2020 - Regolamento acquisti sotto la soglia comunitaria, approvazione entro 31.12.2020
Contratti	Formazione	AGRM	Partecipazione a consorzio/ unione formale d'acquisto di aziende per condivisione best practices
Contratti	Gestione dei conflitti d'interesse nei processi di procurement in sanità	AGRM	Aggiornamento modulistica in materia di acquisiti di beni infungibili con recepimento modulo di Regione Lombardia. Report su applicazione di tale modulistica al 30.11.
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 delle misure adottate in caso di adozione dell'albo prima del 31.12.
Contratti	Regolamentazione	AGRM e altri Uffici che attivano procedure di scelta del contraente	Report al 30.4 e al 30.11 dell'attuazione delle linee guida ANAC attuative del D.Lgs n.50/2016 o di eventuali ragioni di scostamento.



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

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

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

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

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.

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

L'adozione delle procedure inerenti l'area F) Crediti e ricavi e area G) disponibilità liquide trova fondamento nel decreto n.794/2019, mentre si sono adottate le procedure inerenti l'area I) Debiti e Costi con decreto n.972/2019. Con quest'ultima procedura si sono affrontati importanti ambiti connessi ad aree di rischio, permettendo, attraverso la descrizione delle modalità, delle responsabilità e delle tempistiche, di evidenziarne un corretto e



formalizzato percorso procedurale da seguire. Tra le procedure descritte si segnalano, per il rilevante impatto preventivo della corruzione: l'acquisto dei beni di consumo, il trattamento economico del personale dipendente, il trattamento economico del personale con rapporto di lavoro assimilato a lavoro dipendente, il trattamento economico degli incarichi di lavoro autonomo professionale o occasionale, il contratto di somministrazione di lavoro e il trattamento economico.

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

Il presente PTPCT intende dunque raccordarsi con quanto così programmato in tema di certificabilità dei bilanci, prevedendo contestualmente di dare evidenza, attraverso i rispettivi siti web istituzionali, di tale percorso, anche tramite l'indicazione della specifica fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento del percorso ai fini del suo completamento.

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, dell'indicazione della fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento e di aggiornamento. Relazione al 30.11 circa stato di avanzamento e pubblicazione di cui sopra.

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

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

Con specifico riguardo agli incarichi a personale afferente alle diverse aree della dirigenza - ed in particolare agli incarichi di direzione delle strutture complesse - la 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 professionale, co.co.co o altri rapporti comunque denominati), la discolta ASL di Vallecamonica Sebino si è dotata di un regolamento aziendale che disciplina le procedure di conferimento (decreto ASL n.107/2011). Con riferimento agli incarichi a personale medico o sanitario laureato per le esigenze del polo ospedaliero e/o della rete territoriale, la valutazione avviene attraverso la tendenziale applicazione analogica dei criteri previsti dalla normativa concorsuale fissati per il personale dipendente, preventivamente definiti dalle Commissioni valutatrici.

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

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



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 delle procedure per il conferimento degli incarichi di direttore di dipartimento e di sostituzione.
Nomine e incarichi	Procedimentalizzazione	AGRU	Report al 30.11 che dia evidenza dell'attività, anche di natura pluriennale, di programmazione per la dotazione di personale
Nomine e incarichi	Procedimentalizzazione	AGRU /AGR - Presidio	Report al 30.11 che dia evidenza dell'utilizzo di procedure selettive con criteri predefiniti (anche per incarichi libero professionali).
Nomine e incarichi	Procedimentalizzazione	AGRU /AGR - Presidio/ AGRM	Report situazioni riconducibili alle fattispecie di cui all'art.1, co. 46, L. n. 190/2012



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

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

Esse possono essere così compendiate:

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

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

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

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

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

Nel già citato regolamento ha ricevuto infine una particolare attenzione la tematica delle verifiche, da svolgersi sia preventivamente alla concessione dell'autorizzazione allo



svolgimento dell'attività sia successivamente con finalità di controllo sul corretto espletamento della stessa.

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, nei pregressi esercizi 2017 e 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/ AGR - Presidio / UOC Controlli, sistemi e supporto strategico	Applicazione, entro il 30.11, di tutte le disposi- zioni di cui alla nuova rego- lamentazione approvata con decreto n.445/2019
Attività libero professionale	Flussi informativi	Direzione strategica/ AGR - 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	AGR - Presidio / Ufficio controlli interni/ UOC Controlli, sistemi e supporto strategico	Verifiche sul rispetto delle disposizioni legislative e regolamentari in materia libero professionale - almeno 4 verifiche
Attività libero professionale	Procedimentalizzazione	Direzione medica di Presidio	Verifica in fase autorizza- tiva dell'assenza di condi- zioni di potenziale conflitto con i prioritari obblighi isti- tuzionali dell'èquipe, an- che attraverso revisione modulista.
Attività libero professionale	Procedimentalizzazione	AGR - Presidio / AGRU	Conferma automatizza- zione dei sistemi di rileva- zione presenza in servizio per svolgimento attività li- bero professionale intra- muraria
Attività libero professionale	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/ AGR - Presidio	Adozione formali provve- dimenti di liquidazione delle competenze da riconoscere al personale interessato
Attività libero professionale	Procedimentalizzazione	Direzione strategica/ AGR - Presidio / UOC Controlli, sistemi e supporto strategico	Ricognizione entro il 30.4 delle prestazioni la cui prenotazione non avviene tramite CUP. Entro il 30.11 misure organizzative per favorire accentramento e/o giustificazione orga- nizzativa decentramento con misure preventive.



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

Per quanto concerne l'attività farmaceutica in ambito ospedaliero (esulando dalle funzioni proprie dell'ASST quella relativa alla farmaceutica extraospedaliera) misura specifica adottata è la gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte. Plurime unità operative, 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). Risulta attualmente in corso di redazione uno specifico regolamento volto a disciplinare il procedimento autorizzatorio per la partecipazione del personale dipendente a eventi formativi esterni sponsorizzati da soggetti terzi. Detto provvedimento disciplinerà l'intero iter di svolgimento, dalla ricezione della proposta di partecipazione fino alla comunicazione del relativo esito, passando per la fase di individuazione del dipendente beneficiario, e di autorizzazione dello stesso alla partecipazione con la specifica finalità di evitare il verificarsi di possibili situazioni di conflitto di interessi.

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 RPCT (anche con riferimento al conto deposito informatizzato).
Sponsorizzazioni	Procedimentalizzazione	Direzione amministrativa/ AGR - Presidio/ FORM	Formalizzazione, entro il 30.6, di proposta di regolamentazione sulla partecipazione a eventi esterni sponsorizzati, secondo indirizzi ANAC e Regione Lombardia
Sponsorizzazioni	Procedimentalizzazione	Direzione amministrativa/ AGR - Presidio/ FORM	Report, al 30.11, delle autorizzazioni rilasciate per la partecipazione ad eventi esterni sponsorizzati. Segnalazione eventuali anomalie
Valutazioni in prova / comodati	Procedure autorizzative / flussi informativi	AGRM / SIC	Flusso annuale al RPCT entro il 30.11 sulle procedure autorizzative / modulistiche adeguate ai contenuti previsti dal PNA 2016



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

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

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

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

Dette norme specificano in particolare che:

- all'atto di ogni decesso il personale, nel porgere le condoglianze consegnerà ai familiari, una nota contenente le informazioni essenziali sulle formalità più immediate da svolgere, sulle procedure interne adottate a seguito di decesso, con l'indicazione dell'incaricato/Ufficio presso cui è possibile rivolgersi per eventuali necessità o esposti/lamentele, invitando a segnalare contatti non richiesti da parte di imprese funebri.
- l'affidamento dell'incarico del servizio di onoranze funebri è una libera scelta del cittadino che può rivolgersi a qualsiasi impresa esercente tale attività nell'ambito del territorio nazionale, purché in possesso di copia dell'autorizzazione al commercio in articoli funebri e copia dell'autorizzazione di agenzia di affari per il disbrigo pratiche. Verrà consegnato un modello di autocertificazione relativo alla libera scelta dell'impresa di onoranze funebri che dovrà essere riconsegnato prima possibile, compilato in ogni sua parte al personale della Direzione medica di Presidio (DMP);
- l'Azienda, al solo scopo di venire incontro alle esigenze dei congiunti nel momento delicato del decesso e di offrire ai cittadini un'informazione trasparente sui servizi di onoranze funebri, presso la sala mortuaria, rende disponibili gli elenchi telefonici della provincia di Brescia, Bergamo e Sondrio.
- al personale dipendente dell'Azienda è vietato fornire, a qualunque titolo, indicazioni ai fini della scelta dell'impresa. L'informazione rivolta ai congiunti, qualora richiesta, dovrà limitarsi unicamente all'indicazione dei luoghi dove è possibile consultare i già citati elenchi telefonici. Ogni infrazione sarà sottoposta a provvedimento disciplinare.
- le imprese depositano annualmente presso l'ASST l'elenco degli addetti incaricati per gli interventi nelle camere mortuarie, con le eventuali variazioni nel corso dell'anno, e del rapporto con l'impresa (dipendenza, collaborazione, ecc.).
- il personale delle imprese, o che opera per conto delle imprese, quando interviene all'interno delle camere mortuarie nell'espletamento del servizio dovrà essere identificabile tramite cartellino di riconoscimento indicante il nome dell'operatore e dell'impresa.
- è fatto assoluto divieto a tutte le imprese di onoranze funebri lo svolgimento di qualsiasi



attività commerciale e di propaganda all'interno della struttura ospedaliera, e la permanenza oltre il tempo strettamente necessario allo svolgimento del servizio affidato.

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 in ambito intraospedaliero	Flussi informativi	Direzione sanitaria/ Direzione socio sanitaria Direzione medica di Presidio / Medicina Legale	Segnalazione di eventuali anomalie conseguenti ai 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 2020-2022 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. Negli anni successivi 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	RPCT	Partecipazione, entro il 31.12, ad un evento di formazione specifica
Tutti	Formazione	RPCT / 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
Tutti	Formazione	RPCT / 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.

L'ANAC ritiene necessario emanare nuove Linee guida in materia di Codici di comportamento di carattere generale. Le Linee Guida sono rivolte a tutte le amministrazioni e sostituiscono le precedenti, emanate con delibera n. 75 del 24 ottobre 2013.



Il fine è quello di promuovere un sostanziale rilancio dei codici di comportamento proprio per il valore che essi hanno sia nel guidare le condotte di chi lavora nell'amministrazione e per l'amministrazione verso il miglior perseguimento dell'interesse pubblico, sia come strumento di prevenzione dei rischi di corruzione da armonizzare e coordinare con i PTPCT di ogni amministrazione. L'Autorità, attraverso l'attivazione della consultazione pubblica con scadenza il 15 gennaio 2020, ha inteso acquisire da parte di tutti i soggetti interessati osservazioni e proposte di integrazioni per meglio predisporre le indicazioni operative necessarie per la elaborazione della versione definitiva delle Linee Guida.

Coerentemente con le indicazioni fornite da ANAC si dovrà inoltre dare pronta applicazione al nuovo CCNL del 19.12.2019 della Dirigenza Area Sanità, il quale norma specificatamente l'ambito della responsabilità disciplinare anche, con riferimento al tema della prevenzione della corruzione. Pertanto sarà cura di quest'ASST applicare, anche tramite l'aggiornamento del regolamento aziendale in materia, le indicazioni fornite dalle autorità competenti.

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 2020 (se necessario).
Tutti	Codice di comportamento aziendale	AGR - 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 previsionale contrattuale di rispetto del Codice.



## **ALTRE INIZIATIVE**

### **Rotazione del personale**

Nel corso del 2019 risultano 82 unità di personale oggetto di rotazione di cui n.2 dirigenti medici (assegnati, nel rispetto della specialità e della disciplina, ad altro reparto), n.2 personale infermieristico con funzioni di coordinamento del personale infermieristico dei singoli reparti. Il dirigente dell'Area Gestione Risorse Umane è stato provvisoriamente sostituito in quanto assente per fruizione di aspettativa di legge. Similmente si è provveduto con n.3 incarichi provvisori di Unità Operativa vacanti / provvisoriamente sfortunate di titolare. Tra il personale amministrativo neoassunto si annoverano n.2 dirigenti amministrativi (di cui n.1 a tempo indeterminato per funzioni trasversali in staff alle direzioni, comprensive del servizio CUP Cassa, e n.1 tempo determinato presso l'Ufficio Controllo di Gestione) e n.3 funzionari in area a rischio (AGRM, Integrazione delle Reti Territoriali e Farmacia ospedaliera).

Nel corso del triennio 2020-2022 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 2020 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, o con la condivisione, per i procedimenti di maggiore rilievo, tra più soggetti delle funzioni istruttorie o di responsabile del procedimento.

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

## Rotazione Straordinaria

L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione, previsto dall'art. 16, co. 1, lett. I-*quater*) d.lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva».

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

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

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

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

Per l'annualità 2020 verrà valutata l'opportunità di introdurre un'organica regolamentazione della materia.



## 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/UE 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 2020, come per gli anni precedenti, i titolari di incarichi di vertice conferiti dall'ASST e il personale dirigenziale saranno interessati dalla raccolta dell'autodichiarazione circa l'assenza di situazioni di inconfiribilità e incompatibilità.

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



regionali in materia.

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

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

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

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

Anche corso dell'anno 2020 dovrà essere programmata un'attività di controllo delle autodichiarazioni rese dal personale dirigenziale, oltre alle verifiche rese necessarie in esito a segnalazioni. Al fine di assicurare un effettivo monitoraggio, pur nella consapevolezza della complessità procedurale e sostanziale dei relativi controlli, al personale dirigenziale dovrà essere richiesta la produzione dell'ultima documentazione reddituale prodotta all'amministrazione finanziaria al momento dell'assunzione o del conferimento/ rinnovo di un incarico dirigenziale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Tutti	Inconferibilità	Direzione Generale/AGR - Presidio/AGRU/	Raccolta, preliminare alla sottoscrizione del contratto, della dichiarazione dell'assenza di situazioni d'inconferibilità. Per il personale dirigenziale neoassunto o destinatario di incarico dirigenziale (nuovo o rinnovato), 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/UE 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 d'interesse	AGRU	Raccolta dichiarazione annuale dei redditi del personale dirigente in servizio

### Conferimento e autorizzazione incarichi extra-istituzionali

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

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

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

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



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

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Incarichi extra istituzionali	AGRU	Report al 30.4 e al 30.11 sul rispetto delle disposizioni regolamentari nell'iter di rilascio delle autorizzazioni extra istituzionali.
Tutti	Incarichi extra istituzionali	AGRU	Reporto al 30.11 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 RPCT accerta che chi segnala al superiore gerarchico o ai soggetti apicali dell'Azienda condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato;
- ✓ informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazione di violazioni del Codice di Comportamento (da parte dell' UPD);
- ✓ indicatori di Rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza (da parte del RUP);
- ✓ numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi dirigenziali (da parte di AGRU);
- ✓ esiti di Informazioni sull'effettiva applicazione degli obblighi di rotazione del



- personale che opera nelle aree a rischio di corruzione (da parte dei Dirigenti delle strutture);
- ✓ verifiche e controlli su cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi (da parte di AGRU);
  - ✓ esiti di verifiche del rispetto dei termini dei procedimenti (da parte del Responsabile Qualità aziendale e dei Referenti);
  - ✓ report di sintesi elaborati da NVP e altri Organismi di Controllo Interno;
  - ✓ informazioni sulla gestione del personale con riferimento al conflitto di interesse potenziale o effettivo nei rapporti con soggetti esterni che hanno relazioni con l'Azienda (da parte dei Dirigenti delle strutture);
  - ✓ ogni comunicazione prevista dal presente PTPC
  - ✓ ogni altra informazione utile allo svolgimento della funzione;

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

### Gestione del conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (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 pre-



			gressi, 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'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 preconstituire 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
Tutti	revolving doors - pantouflage	AGRU/AGR - Presidio	Introduzione dell'apposita clausola contrattuale con accettazione firmata
Tutti	revolving doors - pantouflage	AGRM	Richiesta in sede di espletamento della procedura di



			gara 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 stata attivata una casella di posta elettronica dedicata (ora aggiornata [anticorruzione@asst-valcamonica.it](mailto: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, anche alla luce dell’esito della consultazione pubblica in merito alle “Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art.54-bis, del D.Lgs 165/2001 (c.d. whistleblowing).

Area/processo a rischio	Misure di prevenzione	Destinatari	Iniziativa
Tutti	Tutela dei dipendenti che segnalano illeciti	RPC	Diffusione entro il 30.04 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



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

### Monitoraggio dei tempi procedimentali

Il monitoraggio dei tempi procedimentali 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 procedimentali costituisce ipotesi di danno risarcibile a carico dell'Amministrazione, i Dirigenti responsabili assicurano al RPCT e alla Direzione strategica i necessari flussi informativi circa il rispetto di detti tempi procedimentali.

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

### Patti di integrità negli affidamenti

I protocolli di legalità o patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e, in forza di tale azione, ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.

Si tratta, in particolare, di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzato ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale - nel senso che gli impegni assunti dalle imprese rilevano sin dalla fase precedente alla stipula



del contratto di appalto - che sotto il profilo del contenuto - nel senso che si richiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

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

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

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

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

### Attuazione del Decreto del Ministero dell'Interno 25.9.2015 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 anomali delle operazioni sospette di fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo internazionale: presa d'atto delle istruzioni dell'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF), in aggiornamento delle previsioni di cui al decreto n.836/2017.

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

### Aggiornamenti del documento

Il presente documento potrà subire delle variazioni nel corso dell'esercizio in conseguenza di mutate situazioni organizzative, di cambiamenti nelle nomine dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e l'Integrità e di un appro-



fondimento in ragione dell'attuazione della LR 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 PTPCT riporta in allegato la concreta declinazione degli obblighi di pubblicazione, in forma tabellare.

L'elencazione allegata al presente PTPCT 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 co. 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.

## **Obblighi di pubblicazione per la dirigenza sanitaria**

Il D.Lgs n. 33/2013, novellato dal D.Lgs n.97/2016, all'art.41 recante "Trasparenza del servizio sanitario nazionale", alla luce delle linee guida approvate da ANAC approvate da ANAC con delibera n.586 del 26.6.2019, adottate a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n.20 del 23.1.2019, stabilisce che per ciascun dirigente titolare di posizione apicale, ovvero direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture complesse, l'oggetto dei dati da pubblicare corrisponde a: l'atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del



mandato elettivo, il curriculum, i compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica, gli importi di viaggi di servizio e missioni paganti con fondi pubblici, i dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti, gli eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e l'indicazione dei compensi spettanti, le dichiarazioni di cui all'art.2 L n.441/1982 (consistenti in: 1.una dichiarazione concernente i diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri; le azioni di società le quote di partecipazione a società; l'esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società con l'apposizione della formula "sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero"; 2. copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche), nonché le attestazioni e dichiarazioni di cui agli artt.3 e 4 della medesima legge, come modificata dal presente decreto, limitatamente al soggetto, al coniuge non separato e ai parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano. Viene in ogni caso data evidenza al mancato consenso.

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

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

L'ANAC con delibera n.1126 del 4.12.2019 ha rinviato la propria attività di vigilanza sull'applicazione dell'art.14, co. 1, lett. f) d. lgs.33/2013 alla data dell'1.03.2020 in attesa dell'intervento legislativo nazionale chiarificatore.

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

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



## Modalità di raccolta dei dati

Il Responsabile della trasparenza convoca il gruppo di supporto per la trasparenza almeno due volte l'anno per monitorare il rispetto degli obblighi di pubblicazione: prima dell'approvazione del Piano della Performance e del Programma 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 al 31.7.2019 sull'applicazione delle disposizioni in materia di accesso civico (pubblicazione registro degli accessi; segnalazione anomalie etc