

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Franciacorta

Sede Legale: Viale Mazzini n. 4
25032 Chiari (Brescia)
Codice Fiscale e Partita IVA n. 03775820982



Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016 - 2018

BOZZA DEL 18 GENNAIO 2016, IN ATTESA DI APPROVAZIONE DEFINITIVA.

INDICE

1. PREMESSA	pag.3
2. IL CONTESTO AZIENDALE	pag.3
3. IL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	pag.8
3.1 <i>Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC)</i>	pag.9
3.2 <i>Rete di comunicazione tra Responsabile e Referenti</i>	pag.10
3.3 <i>Attività con elevato rischio di corruzione e relative misure preventive di contrasto</i>	pag.11
3.4 <i>Valutazione e analisi del rischio di corruzione anno 2016: strumenti e metodi utilizzati</i>	pag.13
3.5 <i>Formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori esposti alla corruzione</i>	pag.19
3.6 <i>Obblighi di comunicazione interna</i>	pag.19
3.7 <i>Obblighi di trasparenza – “Amministrazione trasparente”</i>	pag.20
3.8 <i>Rotazione degli incarichi</i>	pag.20
3.9 <i>Processi legati alla prevenzione della corruzione</i>	pag.20
3.10 <i>Codice di comportamento</i>	pag.23
3.11 <i>Gestione del conflitto di interesse</i>	pag.23
3.12 <i>Incompatibilità/inconferibilità</i>	pag.24
3.13 <i>Revolving door – Pantouflage</i>	pag.24
3.14 <i>Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower)</i>	pag.25
3.15 <i>Patti di integrità negli affidamenti di lavori e forniture</i>	pag.25
3.16 <i>Coordinamento con il “Ciclo delle Performances”</i>	pag.25
3.17 <i>Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile</i>	pag.26
4. ANALISI DEL CONTESTO	pag.26
5. ANALISI DEI PROCESSI INDIVIDUATI	pag.26
6. IMPLEMENTAZIONE DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO	pag.30
7. PRINCIPALI ISTITUZIONI E ORGANISMI PER L’ANTICORRUZIONE	pag.39
7.1 <i>Autorità Nazionale Anticorruzione</i>	pag.39
7.2 <i>Dipartimento della Funzione Pubblica</i>	pag.39
7.3 <i>Prefetto</i>	pag.39
7.4 <i>Scuola superiore della pubblica amministrazione</i>	pag.39
7.5 <i>Nucleo di Valutazione delle Prestazioni</i>	pag.40
8. ABBREVIAZIONI ED ACRONIMI	pag.41
9. ALLEGATI	
<i>Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità per gli anni 2016/2018</i>	pag.41

1. PREMESSA

La reiterazione di avvenimenti legati alla corruzione ha indotto il Legislatore all'emanazione della Legge n. 190 del 6 aprile 2012 avente per oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella Pubblica Amministrazione".

La Legge 190/2012 definisce un quadro d'insieme della prevenzione e della repressione della corruzione, intesa quest'ultima in senso lato (vedi circolare Dipartimento della funzione pubblica n. 1/2013), prevedendo una serie di misure preventive e repressive, con modifiche espresse a leggi vigenti ed in particolare al codice penale, deleghe legislative e rinvii ad atti secondari da emanare.

Il Piano Triennale di Prevenzione (PTPC), ha il compito di integrare ed attuare la disciplina dettata dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), tenendo conto delle specificità e dell'assetto organizzativo della pubblica amministrazione nella quale si innesta.

Nella stesura dei precedenti Piani sono stati utilizzati i Processi legati al Codice Etico Aziendale. Quest'ultimo è il documento ufficiale dell'Azienda che contiene la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell'Azienda nei confronti dei "Portatori di interesse" (dipendenti, fornitori e utenti ...).

Il Codice Etico Aziendale ha come obiettivo finale la prevenzione di comportamenti irresponsabili e illeciti di chi opera in nome e per conto dell'Azienda, infatti lo stesso prevede l'adozione di principi etici che sussistendone i presupposti, possono integrare le fattispecie di reato previste dal D.Lgs. 231/2001.

L'utilizzo dei "Processi" legati al Codice Etico ha consentito, con specifico riferimento ai PTPC 2013-2015, 2014-2016, di avvalersi di un'attività già positivamente implementata ed organizzata con particolare riferimento all'analisi dei rischi ed ai conseguenti piani di miglioramento.

Successivamente i "Processi" analizzati sono stati svincolati dal D.Lgl 231/2001 e, in conseguenza alla Determinazione n.12 del 28/10/2015 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione dal titolo "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione", sono stati integrati ed aggiornati.

2. IL CONTESTO AZIENDALE

Con la L.R. n.23 dell'11 agosto 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 la DGR 4491 del 10/12/2015 la Giunta Regionale Lombarda ha costituito, con decorrenza 01/01/2016, la nuova Azienda Sanitaria denominandola “Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Franciacorta”.

Nel nuovo assetto dell’azienda sono ricompresi i Presidi Ospedalieri dell’ex A.O. M.Mellini, nonché le strutture distrettuali dell’ex. ASL di Brescia afferenti al territorio di competenza della nuova azienda e di seguito riportate.

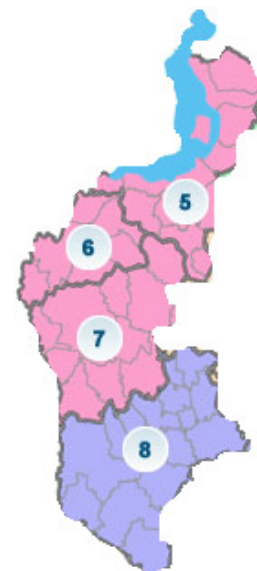
Il territorio di afferenza, con un bacino di utenza di oltre 260.000 abitanti (dati ex ASL BS) è quello dei sotto indicati distretti della ex ASL di Brescia:

- n. 5 Sebino: Corte Franca, Iseo, Marone, Monte Isola, Monticelli Brusati, Paderno Franciacorta, Paratico, Passirano, Provaglio D'Iseo, Sale Marasino, Sulzano, Zone;

- n. 6 Montorfano: Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio, Pontoglio;

- n. 7 Oglio Ovest: Castelvovati, Castrezzato, Cazzago, San Martino, Chiari, Coccaglio, Comezzano-Cizzago, Roccafranca, Rovato, Rudiano, Trenzano, Urago d'Oglio;

- n. 8 Bassa Bresciana Occidentale: Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto, Longhena, Maclodio, Mairano, Orzinuovi, Orzivecchi, Pompiano, Quinzano D'oglio, San Paolo, Villachiara.



TERRITORIO E POPOLAZIONE			
Ambito territoriale	Km quadrati	Numero Comuni	Residenti
Sebino	174.26	12	62288
Monte Orfano	93.28	6	55174
Oglio Ovest	193.88	11	85977
Bassa Bresciana Ovest	244.82	15	63623
TOTALI	706.24	44	267062

I Presidi Ospedalieri si configurano come segue:

1. **Presidio Ospedaliero di Chiari** – sede del Dipartimento di Emergenza Accettazione nel quale:

- nel 2006 è stato inaugurato il nuovo monoblocco dove sono state collocate il DEA, il Servizio di Rianimazione, le unità operative chirurgiche, il blocco operatorio dotato di sei sale, il Servizio di Endoscopia, gli Uffici Amministrativi di Accettazione e Cassa,
- è stata effettuata la ristrutturazione del Blocco Sud (fabbricato adiacente al monoblocco) che ha accolto il nuovo Centro di Formazione Aziendale, l'Aula Magna, la nuova struttura Poliambulatoriale con 21 ambulatori e l'Unità Operativa di Pediatria,
- parte del vecchio ospedale è stata adeguata strutturalmente per accogliere il Servizio di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale, il Servizio di Neuropsichiatria Infantile, gli uffici della Direzione Medica e Amministrativa di Presidio, del S.I.T.R.A., del Medico Competente e del Servizio di Prevenzione e Protezione.

2. Presidio Ospedaliero di Iseo – sede di Pronto Soccorso nel quale:

- si è proceduto ad una quasi completa ristrutturazione dell'ala di più recente costruzione con la sistemazione delle UU.OO. di Medicina Generale, di Ostetricia e Ginecologia con annesso Nido e MAC di Pediatria, U.O. di Psichiatria, Servizio di Endoscopia, Servizio di Pronto Soccorso ed il Poliambulatorio;

3. Stabilimento di Orzinuovi nel quale:

- è stata effettuata la ristrutturazione di un'ala del presidio che ha accolto la U.O. Cure Palliative;
- in un'altra ala di più recente ristrutturazione sono allocate l'U.O. di Medicina Generale e l'attività di cure sub-acute
- nell'ala sud piano terra è attivo un centro Dialisi CAD

Sono inoltre attive due sperimentazioni gestionali pubblico e privato, avviate nell'anno 2001, per la riconversione delle sotto indicate due strutture ospedaliere:

- **Stabilimento E. Spalenza di Rovato:** progetto sperimentale di collaborazione pubblico/privato avviato nel 2001 con la Fondazione Don Gnocchi, che ha portato alla riconversione del Presidio Ospedaliero, a seguito di una radicale ristrutturazione della struttura, in un Centro di Riabilitazione post acuta con standard di riabilitazione ospedaliera intensiva;

Nel Centro vengono accolti pazienti provenienti da ospedali e dal territorio, affetti da patologie post-acute che necessitano di trattamento riabilitativo specialistico, generale e geriatrico. Trovano pertanto collocazione patologie afferenti al sistema cardiorespiratorio, neurologico ed ortopedico.

Il Centro è dotato di:

- 110 posti letto in degenza residenziale
- 10 posti tecnici di MAC ambulatoriale
- 10 posti letto di Riabilitazione Generale e Geriatrica

Inoltre assicura una serie di prestazioni di natura ambulatoriale.

- **Stabilimento di Palazzolo sull'Oglio:** progetto sperimentale di gestione che ha visto l'attivazione del Reparto di Geriatria per acuti da parte della Fondazione Richiedei di Gussago a completamento del progetto di riconversione della struttura in Centro di Assistenza e Riabilitazione per patologie geriatriche.

Il Centro è dotato di:

- Istituto di Riabilitazione Geriatrica per 35 posti letto
- Unità speciale di Riabilitazione Alzheimer per 18 posti letto
- Day Hospital collegato all' IDR geriatrico per 2 posti letto
- Unità Ospedaliera di Geriatria per 30 posti letto.

Inoltre assicura una serie di prestazioni di natura ambulatoriale.

L'attuale assetto accreditato per l'area ospedaliera è di seguito riportato.

ASSETTO ACCREDITATO AREA DEGENZA E SERVIZI					
PRESIDIO OSPEDALIERO CHIARI					
U.O. di Degenza	Posti letto				Servizi
	Ordinari	D.H	D.S	Totale	
					Culle 15
Cardiologia	20	1		21	Emodialisi con n. 21 P.L. Tecnici
U.C.C.	6			6	Radiologia
Chirurgia	46	1	1+2	50	Pronto Soccorso DEA
Medicina	32	1		33	Anestesia e Rianimazione
Neurologia e Strok U.	25	0		25	Prevenzione e Protezione
Ortopedia/Traumat.	27	0	1	28	Farmacia
Ostetricia/Ginecologia	24	1	1	26	Dietetico
O.R.L.	15	0	1	16	Medicina di Laboratorio
Pediatria	15	0		15	Anatomia ed Istologia Patologica
Neonatologia	5			5	Immunoematologia - Centro Trasfusionale
Urologia	23	1	1	25	N.P.I.
Rianimazione	6			6	M.A.C. n° 8 PT
	244	5	7	256	BOCA n°3 PT
PRESIDIO OSPEDALIERO ISEO					
U.O. di Degenza	Posti letto				Servizi
	Ordinari	D.H	D.S	Totale	
					Oncologia
Chirurgia	28	1	1	30	Radiologia
Medicina	34	1		35	Pronto Soccorso
					Emodialisi con n. 6 P.L. Tecnici
Ortopedia/Traumat.	15	0	1	16	Anestesia Rianimazione
Ostetricia/Ginecologia	19	1	2	22	Farmacia
Pediatria				0	Medicina di Laboratorio
Neonatologia	1			1	N.P.I.
Psichiatria	16	2		18	MAC n° 15 PT
Anestesia Rianim.				0	BOCA n°2 PT
	113	5	4	122	Culle 15
OSPEDALE DI ORZINUOVI					
U.O. di Degenza	Posti letto				Servizi
	Ordinari	D.H	D.S	Totale	
					Sub Acuti 10
Medicina	5			5	Neuropsichiatria Infantile
Cure Palliative	15	1		16	Radiologia
Day Surgery			0	0	Medicina di Laboratorio
	20	1	0	21	MAC n° 1 PT DIALISI 6 PT
OSPEDALE DI PALAZZOLO S/O (PL non in esercizio)					
U.O. di Degenza	Posti letto				Servizi
	Ordinari	D.H	D.S	Totale	
Riabilitazione	10			10	Neuropsichiatria Infantile
	10	0	0	10	Emodialisi con n. 9 P.L. Tecnici
TOTALE P. L.	387	11	11	409	

Di seguito sono riportati i principali indicatori di attività riferiti all'area ospedaliera degli ultimi due anni.

ANNO	2013		2014	
	Casi	Valore	Casi	Valore
Ricoveri totali (esclusi gli onere X e SubAcuti Rovato)	16.937	46.401.636,00	16.507	45.853.838,00
Giornate di degenza	94.637		92.753	
Degenza Media	5,69		5,86	
Peso Medio DRG	0,94		0,95	
Accessi PS (P.O. Chiari)	47.088		48419	
Accessi PS (P.O. Iseo)	18.634		18509	
Tot. Attività Ambulatoriale (sono esclusi L.P., solventi e convenzioni; Sono inclusi gli screening)	2.183.447	31.170.292,73	2.226.367	31.599.338,84
Parti (P.O. Chiari - P.O. Iseo)	1.526		1426	
Interventi Chirurgici (compresi piccoli interventi)	9.604		9819	
Ricoveri di pazienti stranieri (cittadinanza <> da Italia)	3.059		2979	

3. IL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il Piano di prevenzione della corruzione:

- a) individua le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- b) prevede, per le attività individuate, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire il rischio di corruzione;
- c) prevede obblighi d'informazione nei confronti del responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- d) monitora il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- e) monitora i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- f) individua specifici obblighi di trasparenza e di pubblicazione, tramite il proprio sito web istituzionale, degli atti ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Il presente PTPC si articola nelle seguenti sezioni:

- 3.1 Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC);
- 3.2 Rete di comunicazione tra Responsabile e Referenti;
- 3.3 Attività con elevato rischio di corruzione e relative misure preventive di contrasto;
- 3.4 Valutazione e analisi del rischio di corruzione anno 2016: strumenti e metodi utilizzati;

- 3.5 Formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori esposti alla corruzione;
- 3.6 Obblighi di comunicazione interna;
- 3.7 Obblighi di trasparenza - "Amministrazione trasparente";
- 3.8 Rotazione degli incarichi;
- 3.9 Processi legati alla Prevenzione della Corruzione;
- 3.10 Codice di comportamento;
- 3.11 Gestione del conflitto di interesse;
- 3.12 Incompatibilità/inconferibilità;
- 3.13 Revolving door - Pantouflage;
- 3.14 Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower);
- 3.15 Patti di integrità negli affidamenti di lavori e forniture;
- 3.16 Coordinamento con il "Ciclo delle Performances";
- 3.17 Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;

3.1 Responsabile della prevenzione e della corruzione

Il RPC è il soggetto di riferimento per l'intero sistema.

È individuato dall'organo d'indirizzo politico tra i dirigenti amministrativi dell'Azienda.

Il responsabile:

- entro il 15 gennaio di ogni anno, elabora la proposta di piano della prevenzione;
- propone il piano triennale di prevenzione della corruzione che viene adottato dall'organo di indirizzo politico entro il 31 gennaio di ogni anno;
- entro il 31 gennaio di ogni anno, definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- entro il 15 dicembre di ogni anno, pubblica nel sito web dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette all'organo di indirizzo politico dell'amministrazione;
- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità e ne propone la modifica quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- provvede alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione ed individua il personale da inserire nei programmi di formazione.

Deve vigilare sul rispetto delle disposizioni sull'inconferibilità e sull'incompatibilità degli incarichi ex D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 avente ad oggetto: "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e

presso gli enti privati in controllo pubblico, particolarmente in relazione ai procedimenti di nomina degli amministratori di società partecipate, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.

Il RPC è tenuto a segnalare i casi di violazione della disciplina sul conferimento di incarichi e sulle nomine all’Autorità Nazionale Anticorruzione, all’Autorità Garante della Concorrenza del Mercato (AGCM) (per l'esercizio delle sue funzioni in materia di conflitto di interessi) e alla Corte dei Conti (per la verifica di responsabilità amministrative).

3.2 Rete di comunicazione tra Responsabile e Referenti

Vista la complessità dell’organizzazione dell’Azienda i Responsabili dei Processi del Codice Etico ed i Dirigenti interessati per le fattispecie non sviluppate in specifici “Processi” 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 Responsabili dei Processi sono individuati quali Referenti aziendali del Responsabile ai fini e per la definizione delle misure di prevenzione e contrasto alla corruzione; ai medesimi compete, per struttura e le aree di attività di competenza, in concorso con il RPC:

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

erogazione di vantaggi, economici e non, di qualunque genere, secondo regolamenti e procedure interne che verranno adottati e, se già presenti, aggiornati alla luce della normativa anticorruzione;

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

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

Il flusso informativo avviene come segue:

- i Referenti sono tenuti a comunicare al RPC i dati utili (aree critiche e azioni correttive) per la costruzione ed il costante aggiornamento dei singoli Processi inseriti nel piano di prevenzione, nonché eventuali ulteriori fattispecie a rischio corruzione;
- il RPC raccoglie e valuta le informazioni pervenute inserendole nel Piano;
- il RPC diffonde il PTPC tramite pubblicazione sul sito web e notifica dello stesso ai singoli dipendenti interessati.

3.3 Attività con elevato rischio di corruzione e relative misure preventive e di contrasto

La legge 190/2012 e l'art. 13 bis della L.R. n. 33/2009

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

Il citato articolo, rubricato "Codice etico-comportamentale" dispone che:

"Al fine di elevare la qualità del sistema sanitario regionale, ciascuna azienda sanitaria adotta, secondo modalità definite con deliberazione della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, un codice etico-comportamentale costituito dal codice etico e dal modello organizzativo in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso. Con la stessa

deliberazione sono definite le modalità di costituzione e la durata dell'organismo di vigilanza preposto, all'interno di ciascuna azienda, a verificare l'efficacia e la corretta applicazione del codice etico-comportamentale."

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

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

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

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

- per l'analisi e il monitoraggio dei rischi (il Modello Organizzativo era già caratterizzato dall'individuazione dei processi significativi e dalla valutazione dell'incidenza delle violazioni sia in termini di gravità che di ricorrenza - vedi "Processi" anno 2012);
- 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 - delle segnalazioni di violazione dei codici.

I PTPC 2013-2015 e 2014-2016 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. Si è ritenuto di individuare quali attività con potenziale rischio di corruzione quelle specificate nei Processi del Codice Etico aziendale per gli anni 2012 e 2013 e gli ulteriori processi individuati nell'anno 2014.

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.

Il presente Piano è caratterizzato dal fatto che i “Processi” individuati per l’anno 2015 e finalizzati alla prevenzione ed al contrasto della corruzione, non saranno legati specificatamente al D.Lgs. 231/2001 ma, opereranno autonomamente nell’ambito della Legge 190/2012 e conseguentemente alle ultime disposizioni dell’ANAc (Det. n. 12 del 28/10/2015 - Aggiornamento 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione).

3.4 Valutazione e analisi del rischio di corruzione anno 2016: strumenti e metodi utilizzati

Ai “Processi”, relativi all’anno 2016, saranno applicati i criteri indicati nella Tabella Allegato 5 del PNA: “La valutazione del livello di rischio”, strutturata in valutazione della Probabilità (discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo, valore economico, frazionabilità del processo, controlli) e dell’Impatto (impatto organizzativo, economico, reputazionale e di immagine) sotto riportata.

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ (1)

“Discrezionalità”

Il processo è discrezionale?

No, è del tutto vincolato **1**

È parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi **2** (regolamenti, direttive, circolari)

È parzialmente vincolato solo dalla legge **3**

È parzialmente vincolato solo da atti amministrativi **4** (regolamenti, direttive, circolari)

È altamente discrezionale **5**

“Rilevanza esterna”

Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?

No, ha come destinatario finale un ufficio interno **2**

Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento **5**

“Complessità del processo”

Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?

No, il processo coinvolge una sola p.a. **1**

Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni **3**

Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni **5**

“Valore economico”

Qual è l'impatto economico del processo?

Ha rilevanza esclusivamente interna **1**

Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti) **3**

Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento di appalto) **5**

“Frazionabilità del processo”

Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es. : pluralità di affidamenti ridotti)?

No **1**

Sì **5**

CONTROLLI (2)

Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?

Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione **1**

Sì, è molto efficace **2**

Sì, per una percentuale approssimativa del 50% **3**

Sì, ma in minima parte **4**

No, il rischio rimane indifferente **5**

INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (3)

"Impatto organizzativo"

Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)

Fino a circa il 20% **1**

Fino a circa il 40% **2**

Fino a circa il 60% **3**

Fino a circa l'80% **4**

Fino a circa il 100% **5**

"Impatto economico"

Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei Conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?

No **1**

Sì **5**

"Impatto reputazionale"

Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?

No **0**

Non ne abbiamo memoria **1**

Sì, sulla stampa locale **2**

Sì, sulla stampa nazionale **3**

Sì, sulla stampa locale e nazionale **4**

Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale **5**

“Impatto organizzativo, economico e sull’immagine”

A quale livello può collocarsi il rischio dell’evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l’eventuale soggetto riveste nell’organizzazione. E’ elevata, media o bassa?

Personale fino all’ex 4° livello **1**

Personale fino all’ex 7° livello **2**

Personale con posizione organizzativa **3**

Dirigente **4**

Capi Dipartimento/Direttori di Strutture Complesse **5**

RIEPILOGO

Dipartimento /Servizio: _____

Processo n. : _____

VALUTAZIONE PROBABILITÀ

1. Discrezionalità
2. Rilevanza esterna
3. Complessità del processo
4. Valore economico
5. Frazionabilità del processo
6. Controlli

totale X

Media X/6

VALUTAZIONE IMPATTO

1. Impatto organizzativo
2. Impatto economico
3. Impatto reputazionale
4. Impatto organizzativo, economico e sull'immagine

totale Y

Media Y/4

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO

Valore Media Probabilità x Valore Media Impatto =

NOTE:

(1) Gli **indici di probabilità** vanno indicati sulla base della valutazione del gruppo di lavoro.

(2) Per **controllo** si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nella p.a. che sia confacente a ridurre la probabilità del rischio (e, quindi, sia il sistema dei controlli legali, come il controllo preventivo e il controllo di gestione, sia altri meccanismi di controllo utilizzati nella p.a., es. i controlli a campione in casi non previsti dalle norme, i riscontri relativi all'esito dei ricorsi giudiziari avviati nei confronti della p.a.). La valutazione sull'adeguatezza del controllo va

fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nella p.a.. Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

(3) Gli indici di impatto vanno stimati sulla base di dati oggettivi, ossia di quanto risulta all'amministrazione.

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ: 0 nessuna probabilità - 1 improbabile - 2 poco probabile - 3 probabile - 4 molto probabile - 5 altamente probabile

VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO: 0 nessun impatto - 1 marginale - 2 minore - 3 soglia - 4 serio - 5 superiore

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO: = *Valore frequenza x valore impatto (Nota: moltiplicare le Medie)*

Si precisa che gli indici di valutazione e quelli di impatto potranno essere valutati anche in modo diverso da quello rappresentato nello schema di carattere generale sopra riportato. La valutazione complessiva del rischio andrà comunque motivata.

3.5 Formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori esposti alla corruzione

I contenuti normativi della legge 190/2012, che mirano a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, determinano, per le Pubbliche Amministrazioni, la necessità di attivare percorsi formativi che sviluppino innanzitutto la sensibilità dei dipendenti sui temi dell'Etica e della cultura della legalità. È altresì necessario promuovere l'accrescimento di competenze in materia di gestione del rischio e la conoscenza di modelli di valutazione del rischio.

La centralità del ruolo della formazione delle risorse umane è sancita dall'art.1 comma 8 della legge anticorruzione, a norma del quale il RPC deve definire le procedure dirette a formare i dipendenti destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione. L'attività di formazione per l'anno 2016 sarà oggetto di percorsi differenziati per contenuti e livello di approfondimento.

3.6 Obblighi di comunicazione interna

Al fine di assicurare un meccanismo di controllo delle decisioni assunte nelle aree a rischio, i Dirigenti sono tenuti a comunicare sollecitamente al RPC, con riferimento agli uffici afferenti alla propria Area:

- l'attivazione di procedimenti amministrativi rientranti nelle aree a rischio del presente piano;
- i relativi provvedimenti finali adottati con l'indicazione del responsabile di ciascun procedimento, i destinatari e i tempi di effettiva conclusione dei procedimenti.

Per consentire al RPC di monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti, i dirigenti sono tenuti a verificare e monitorare il sopradescritto adempimento per quanto riguarda i procedimenti di competenza degli uffici di afferenza alla propria ripartizione, con obbligo di comunicare tempestivamente gli esiti al RPC.

Il Responsabile può tener conto di segnalazioni provenienti da eventuali portatori d'interesse, sufficientemente circostanziate, che evidenzino situazioni di anomalia e configurino la possibilità di un rischio probabile di corruzione al fine di disporre verifiche ispettive presso gli uffici interessati. Il Responsabile, in ogni caso, può disporre d'ufficio verifiche ispettive, se ne ravvisa la necessità.

Il Responsabile s'impegna a individuare forme per controllare la presa d'atto del piano da parte dei dipendenti in servizio.

All'atto dell'assunzione il dipendente sarà chiamato a prendere atto del PTPC e del Codice di Comportamento.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) provvederà periodicamente a valutare con il RPC le segnalazioni pervenute all'Azienda per consentire le valutazioni del caso e le eventuali connessioni con il PTPC.

3.7 Obblighi di trasparenza - "Amministrazione trasparente"

Con deliberazione n. 324 del 29/8/2013, l'Azienda ha approvato il primo "Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità per gli anni 2013/2015", successivamente integrato con deliberazione n. 422 del 6/11/2013 con la quale sono state approvate le tabelle che danno evidenza dei tipi di informazioni e/o documenti nonché del riferimento normativo che ne prevede la pubblicazione, la Struttura competente alla predisposizione ed alla pubblicazione on-line dei documenti e dei dati e della relativa tempistica di pubblicazione, così come previsto dalla delibera CIVIT n. 50/2013.

Conseguentemente si è proceduto a dare attuazione alle numerose tipologie di obblighi mediante la pubblicazione sul sito aziendale dei dati e delle informazioni richiesti dalla normativa.

Al presente PTPC è allegato, quale parte integrante e sostanziale, il "Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità per gli anni 2016/2018", al quale si rimanda per gli approfondimenti.

3.8 Rotazione degli incarichi

I Dirigenti sono tenuti a garantire la rotazione dei dipendenti coinvolti nell'istruttoria e nel rilascio dei provvedimenti relativi alle attività a rischio e a darne comunicazione al RPC.

Per quanto riguarda la rotazione dei Responsabili di ufficio, i Dirigenti sono tenuti a formulare specifiche proposte al Direttore Generale.

Per quanto riguarda la rotazione degli incarichi dirigenziali, essa verrà realizzata a partire dalla scadenza degli incarichi già conferiti. Sarà possibile realizzare tale rotazione nell'ambito di attività fungibili o comunque intermedie, mentre non potrà essere applicata nell'ambito di attività altamente specializzate e comunque verrà attuata "in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa".

3.9 Processi legati alla prevenzione della corruzione

Di seguito si riporta l'elenco dei "Processi" dove vengono precisati:

- gli Uffici competenti e/o interessati;
- le possibili cause e/o fattori di rischio corruzione;
- il Referente individuato ai fini della Legge 190/2012.

1 - Accettazione del paziente in ospedale (P.S., Reparto, Ambulatorio)

- Medico di U.O. e Medico Specialista, Infermiere
- Pressioni esterne sul responsabile del ricovero, accettazione di documentazione non conforme, violazione della privacy, gestione degli stranieri e fuori regione
- Dr. Igori G. Ferraresi

2 - Reclutamento ed inserimento del personale dipendente

- AGRU
- Il rischio attiene alla possibilità che vengano effettuati dei favoritismi nella gestione dell'iter del reclutamento
- Dott.ssa Luciana Smioldo

3 - Attività libero-professionale

- Direzione Amministrativa attività Ambulatoriali
- Il rischio attiene alla possibilità che vengano effettuati dei favoritismi nei controlli e nella verifica delle fatture da liquidare, non rispetto delle scadenze ed ordine dei pagamenti
- Dott.ssa Maria Antonietta Groppi

4 - Gestione della cartella clinica

- Direzione Medica di Presidio
- Non corretta gestione della documentazione e violazione della privacy
- Dr. Silvano Prestini

5 - Gestione presenze e assenze del personale

- AGRU
- Falsità nell'attestazione dell'orario di presenza
- Rag. Lisetta Bellebono

6 - Gestione del reclamo

- URP
- Violazione della privacy e del segreto d'ufficio, ritardo nella gestione della pratica, favoritismi nei confronti del personale o del reclamante, mancata comunicazione al RPC
- Dott.ssa Maria Antonietta Groppi

7 - Gestione magazzino economale

- Provveditorato/Economato

- La custodia o gestione di beni o di valori, rappresenta un'attività esposta a rischio di furti, irregolarità nella gestione delle giacenze, mancata rilevazione di anomalie o altre irregolarità, verifica delle procedure e protocolli in essere
- Avv. Daniela Bianchi

8 - Gestione magazzino farmacia

- Farmacia/Provveditorato Economato
- La custodia o gestione di beni o di valori, rappresenta un'attività esposta a rischio di furti, irregolarità nella gestione delle giacenze, mancata rilevazione di anomalie o altre irregolarità, verifica delle procedure e protocolli in essere
- Dr.ssa Maria Cristini e Avv. Daniela Bianchi

9 - Acquisizione di beni ed affidamento di servizi

- AGRLBS e Provveditorato/Economato
- Il rischio attiene alla possibilità che le procedure di affidamento siano espletate in violazione o elusione della disciplina comunitaria, nazionale e regionale
- Arch. Lino Guerini e Avv. Daniela Bianchi

10 - Svolgimento delle funzioni di RUP e DEC

- AGRLBS e Provveditorato/Economato
- L'affidamento delle funzioni di RUP e DEC devono essere effettuate previa informazione dei compiti, funzioni e responsabilità connesse
- Arch. Lino Guerini e Avv. Daniela Bianchi

11 - Manutenzione delle apparecchiature elettromedicali

- Servizio Tecnologie Biomediche
- Il rischio attiene alla possibilità che vengano effettuati dei favoritismi nei controlli dei lavori o nella verifica delle fatture da liquidare
- Rag. Adriano Terzi

12 - Gestione Caselli mortuari

- SITRA
- Il rischio attiene a favoritismi nei confronti delle Ditte di Pompe Funebri
- Dr. Paolo Musati

Eventuali ulteriori "Processi" potranno essere individuati dal RPC durante l'anno e quelli sopra indicati potranno subire delle variazioni con specifico riferimento agli Uffici competenti e/o interessati ed al Referente individuato.

3.10 Codice di comportamento

L'Azienda ha adottato il Codice di comportamento con deliberazione n. 110 del 05.3.2014.

Il Codice, ex D.P.R. 62/2013, rappresenta uno degli strumenti essenziali del PTPC.

Al RPC devono essere comunicate tempestivamente tutte le eventuali inosservanze al Codice.

3.11 Gestione del conflitto di interesse

Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto d'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 di stabili di amicizia e/o di frequentazione, anche saltuaria;
- legami professionali;
- legami di diversa natura capaci di incidere negativamente sull'imparzialità dei dipendenti.

Il Responsabile del procedimento, il titolare del Servizio/U.O. competente ad adottare atti o provvedimenti, nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale, ha 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 d'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.

Qualora il conflitto riguardi, il Responsabile, a valutare le iniziative da assumere sarà il RPC. Qualora il conflitto riguardi, il RPC, a valutare le iniziative da assumere sarà il Direttore Amministrativo.

3.12 Incompatibilità/inconferibilità

A seguito delle nuove disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le P.A. introdotte dalla Legge 190/2012, sulla base della quale è stato emanato in data 8 aprile 2013 il Decreto Legislativo n. 39, l'Azienda si è attivata per conformarsi ai relativi disposti.

L'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g). Si ricorda che l'obbligo suddetto, previsto dall'art. 20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico.

L'incompatibilità, invece, comporta l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. h).

L'attuazione nell'Azienda delle misure di prevenzione previste dal PNA tiene conto dei disposti di cui alla delibera n. 58/2013 emanata dall'Autorità Nazionale Anticorruzione ad oggetto: "Parere sull'interpretazione e sull'applicazione del D.Lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario", nonché del disposto sempre emanato dall'ANAc n. 12 del 28 ottobre 2015.

3.13 Revolving door - Pantouflage

Al fine di dare attuazione alla misura di prevenzione obbligatoria concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, tenuto conto del disposto di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001 che prevede il divieto, a carico dei dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale dei dipendenti

stessi, l'Azienda consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa, con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce circa l'avvenuta consegna della stessa.

3.14 Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower)

Le P.A. sono tenute ad adottare i necessari accorgimenti tecnici affinché trovi attuazione la tutela del dipendente pubblico (whistleblower) che effettua segnalazioni di cui all'art. 54 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001, aggiunto dall'art. 1, comma 51, della L. 190/2012, al quale viene offerta una parziale forma di tutela. A tal fine l'Azienda si è dotata di un "Regolamento" per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, nel quale sono specificate le modalità di gestione della denuncia/segnalazione.

3.15 Patti di integrità negli affidamenti di lavori e forniture

L'art. 1 comma 17 della Legge 190/2012 prevede l'inserimento negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia dove si prende atto che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara ed alla risoluzione del contratto.

A tal fine l'Azienda si è dotata di un "Regolamento" specifico.

3.16 Coordinamento con il "Ciclo delle Performances"

Esiste uno stretto legame funzionale tra Piano della Performance e PTPC. Il Piano delle 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 delle Performance 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. Impegno dell'Azienda è di garantire un'integrazione di questi strumenti traducendo le misure di prevenzione contenute nel presente PTPC in veri e propri obiettivi da inserire nel Piano delle Performance.

Conseguentemente il Coordinamento del PTPC con il Piano delle Performance e altri strumenti di programmazione è successivamente al paragrafo 6 del presente documento.

3.17 Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

La prevenzione della corruzione nelle P.A. si realizza anche attraverso l'attuazione di misure di sensibilizzazione della cittadinanza per una promozione della cultura della legalità attraverso:

- un'efficace comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi,
- l'attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno alla P.A. di episodi di corruzione e di cattiva amministrazione.

4. ANALISI DEL CONTESTO

Nel rinviare per le indicazioni sull'analisi del contesto alla parte generale (paragrafo 2) nella quale sono stati riportati dati e indicatori interni ed esterni (territoriali, epidemiologici, socio economici, strutturale e organizzativi) non si ravvedono attualmente fattori locali interni o esterni di specificità tale da assurgere a determinanti potenzialmente amplificanti i rischi di corruzione/condizionamento.

5. ANALISI DEI PROCESSI INDIVIDUATI

Premesso che l'ANAc ha individuato le seguenti aree di rischio:

a) Generali

- contratti pubblici;
- incarichi e nomine;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

b) Specifiche

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

Tenuto conto delle indicazioni dell'Autorità sopra richiamata e dei processi già individuati (paragrafo 3.9), si precisa che l'analisi è stata condotta nell'anno 2015 con strumenti e metodi di cui al paragrafo 3.4.

Segue la valutazione del rischio dei singoli processi.

	Processo	Articolazioni aziendali / Funzioni coinvolte	Fattori di Rischio	Referente individuato ai fini della legge 190/2012	Valutazione 2015	Livello di Rischio
1	Accettazione del paziente in ospedale (P.S., Reparto, Ambulatorio)	Medici di UO Medici Specialisti Personale Infermieristico Tecnico Sanitario Riabilitativo	Pressioni esterne sul responsabile del ricovero, accettazione di documentazione non conforme, violazione della privacy, gestione degli stranieri e fuori regione	Dirigente Responsabile Direzione Medica di Presidio di Iseo	6,48	Accettabile
2	Reclutamento ed inserimento del personale dipendente	Area Gestione delle Risorse Umane	Possibilità che vengano effettuati dei favoritismi nella gestione dell'iter del reclutamento	Dirigente Responsabile Area Gestione delle Risorse Umane	6,875	Accettabile
3	Attività libero-professionale	Coordinamento Attività di Specialistica Ambulatoriale	Possibilità che vengano effettuati dei favoritismi nei controlli e nella verifica delle fatture da liquidare, non rispetto delle scadenze ed ordine dei pagamenti	Dirigente Responsabile Coordinamento Attività di Specialistica Ambulatoriale	16	Critico
4	Gestione della cartella clinica	Direzione Medica di Presidio Direzione Amministrativa di Presidio NIA Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico SITRA	Non corretta gestione della documentazione e violazione della privacy	Dirigente Responsabile Direzione Medica di Presidio di Chiari	5	Accettabile
5	Gestione presenze e assenze del personale	Area Gestione delle Risorse Umane	Falsità nell'attestazione dell'orario di presenza	Dirigente Responsabile Area Gestione delle Risorse Umane	6,25	Accettabile
6	Gestione del reclamo	URP	Violazione della privacy e del segreto d'ufficio, ritardo nella gestione della pratica, favoritismi nei confronti del	Dirigente Responsabile URP	5	Accettabile

	Processo	Articolazioni aziendali / Funzioni coinvolte	Fattori di Rischio	Referente individuato ai fini della legge 190/2012	Valutazione 2015	Livello di Rischio
			personale o del reclamante, mancata comunicazione al RPC			
7	Gestione magazzino economale	Funzione Provveditorato Economato	La custodia o gestione di beni o di valori, rappresenta un'attività esposta a rischio di furti, irregolarità nella gestione delle giacenze, mancata rilevazione di anomalie o altre irregolarità, verifica delle procedure e protocolli in essere	Dirigente Responsabile Funzione Provveditorato Economato	9	Rilevante
8	Gestione magazzino farmacia	Farmacia Funzione Provveditorato Economato	La custodia o gestione di beni o di valori, rappresenta un'attività esposta a rischio di furti, irregolarità nella gestione delle giacenze, mancata rilevazione di anomalie o altre irregolarità, verifica delle procedure e protocolli in essere	Dirigente Responsabile Farmacia Dirigente Responsabile Funzione Provveditorato Economato	4,12	Accettabile
9	Acquisizione di beni ed affidamento di servizi	Area Gestione Risorse Logistiche Beni e Servizi Funzione Provveditorato ed Economato	possibilità che le procedure di affidamento siano espletate in violazione o elusione della disciplina comunitaria, nazionale e regionale	Dirigente Responsabile Area Gestione Risorse Logistiche Beni e Servizi Dirigente Responsabile Funzione Provveditorato Economato	11,65	Rilevante
10	Svolgimento delle funzioni di RUP e DEC	Area Gestione Risorse Logistiche Beni e Servizi Funzione Provveditorato ed	L'affidamento delle funzioni di RUP e DEC devono essere effettuate previa informazione	Dirigente Responsabile Area Gestione Risorse	11,32	Accettabile

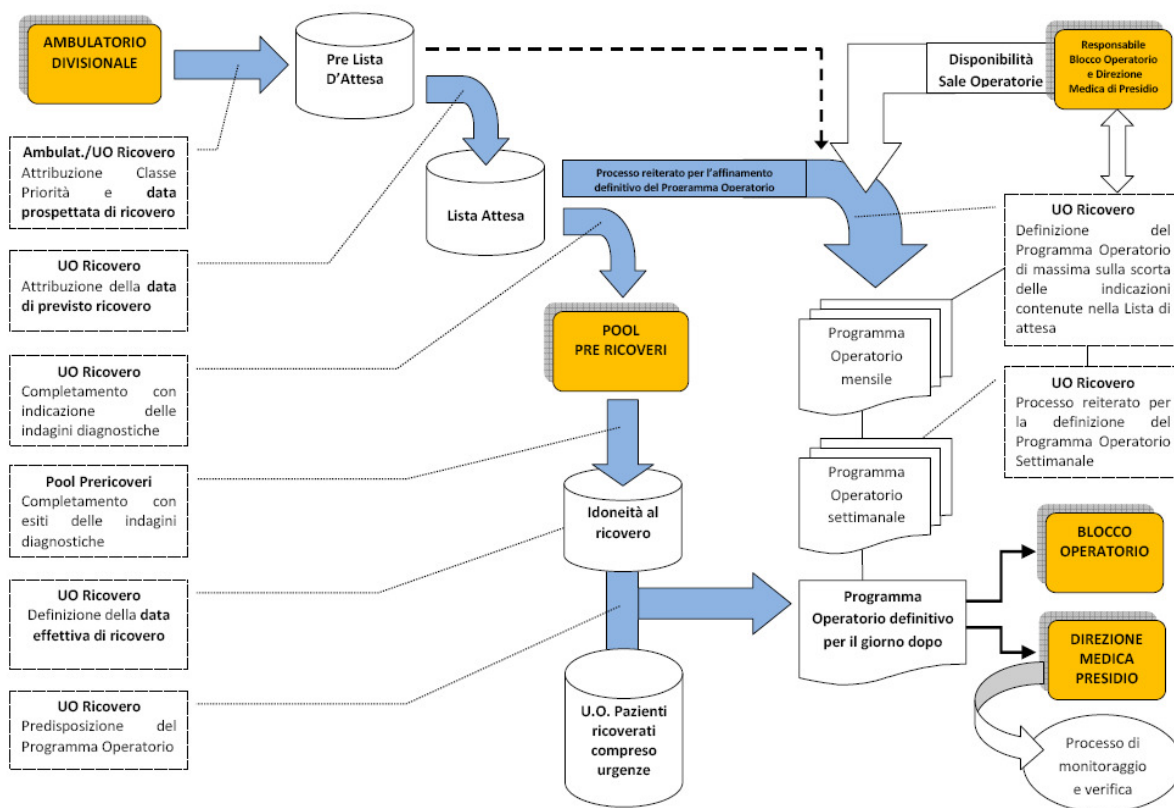
	Processo	Articolazioni aziendali / Funzioni coinvolte	Fattori di Rischio	Referente individuato ai fini della legge 190/2012	Valutazione 2015	Livello di Rischio
		Economato	dei compiti, funzioni e responsabilità connesse	Logistiche Beni e Servizi Dirigente Responsabile Funzione Provveditorato Economato		
11	Manutenzione delle apparecchiature elettromedicali	Settore Tecnologie Biomediche	possibilità che vengano effettuati dei favoritismi nei controlli dei lavori o nella verifica delle fatture da liquidare	P.O. Settore Tecnologie Biomediche	5,66	Accettabile
12	Gestione Caselli mortuari	SITRA	favoritismi nei confronti delle Ditte di Pompe Funebri	Dirigente Responsabile SITRA	6,875	Accettabile

6. IMPLEMENTAZIONE DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Con riferimento all'analisi che precede ed alle criticità emerse l'Azienda ha sviluppato una strategia preventiva basata essenzialmente sui seguenti punti:

- a. Informatizzazione delle liste d'attesa e del percorso di prericovero e sale operatorie sia per l'attività istituzionale che per l'attività in libera professione (ALPI) e sviluppo di specifici indicatori di processo.

Il progetto partito lo scorso anno ha sviluppato la revisione organizzativa e l'efficiamento del processo di gestione delle liste d'attesa, del processo di prericovero, del programma operatorio e l'efficiamento delle sale operatorie come da diagramma di seguito riportato.



L'implementazione del progetto prevede l'applicazione dei seguenti indicatori:

- Indice di variazione della classe di priorità;
- Indice di variazione della data di previsto ricovero;
- Indice di dinamicità del programma operatorio;
- Indice di efficienza sala operatoria;
- Indice di inefficienza sala operatoria;
- Indice di inefficienza su inizio sala;
- Indice di inefficienza su fine sala.

- b. Coordinamento con la funzione di Internal Auditing che prevede già per l'anno in corso azioni di verifica sulle seguenti aree critiche
 - *gestione liste d'attesa e libera professione;*
 - *gestione gare e contratti aziendali.*
- c. Coordinamento con il Piano delle Performances.
- d. Coordinamento con il Piano annuale di Risk Management (PARM) e con il Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) e Sistema Qualità Aziendale.
- e. Attività formativa ai dipendenti destinati ad operare nei settori esposti alla corruzione (in particolare formazione di personale neo assunto e per tutte le funzioni aziendali di Responsabile Unico del Procedimento e Direttore dell'Esecuzione del Contratto).

Tutte le altre attività di miglioramento e relativo cronoprogramma sono indicate nella tabella successiva.

Area di azione	Indicatore 2016	Responsabile	Altri Attori Coinvolti	Cronoprogramma 2016			
				1 trim	2 trim	3 trim	4 trim
Aggiornamento e Diffusione del PTPC	Predisposizione bozza PTPC 2016-2018 con formale trasmissione alla Direzione Strategica	RPC		entro 15.01.2016			
	Formale trasmissione della bozza PTPC al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ed agli stakeholders interni ed esterni per eventuali rilievi	RPC		entro 20.01.2016			
	Valutazione degli eventuali rilievi pervenuti e formalizzazione alla Direzione Strategica della versione definitiva del PTPC	RPC		entro il 22.01.2016			
	Adozione del PTPC, formalizzata attraverso delibera.	RPC	Direzione Strategica Area Affari Generali e Legali	entro il 31.01.2016			
	Diffusione dei contenuti del PTPC agli stakeholders: pubblicazione nell'apposita sezione del sito "Amministrazione Trasparente"	RPC		entro il 31.01.2016 15.02.2016			
Aggiornamento e Diffusione del PTT	Predisposizione bozza PTT 2016-2018 con formale trasmissione alla Direzione Strategica	RT		entro 15.01.2016			
	Formale trasmissione della bozza PTT al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ed agli stakeholders interni ed esterni per eventuali rilievi	RT		entro 20.01.2016			
	Valutazione degli eventuali rilievi pervenuti e formalizzazione alla Direzione Strategica della versione definitiva del PTT	RT		entro il 22.01.2016			
	Adozione del PTT, formalizzata attraverso delibera.	RT	Direzione Strategica Area Affari Generali e Legali	entro il 31.01.2016			
	Diffusione dei contenuti del PTT agli stakeholders: pubblicazione nell'apposita	RT		entro il 31.01.2016 15/02/2016			

Area di azione	Indicatore 2016	Responsabile	Altri Attori Coinvolti	Cronoprogramma 2016				
				1 trim	2 trim	3 trim	4 trim	
	sezione del sito "Amministrazione Trasparente"							
	Diffusione dei contenuti del PTT ai responsabili della pubblicazione: comunicazione delle modalità e tempistiche di monitoraggio della completezza e tempestività dell'aggiornamento della sezione del sito "Amministrazione Trasparente"	RT		entro il 29.02.2016				
Monitoraggio della Implementazione del PTPC e PTT	Almeno una riunione con il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni finalizzata alla presentazione dello stato di avanzamento intermedio delle attività previste nel PTPC e PTT	RPC e RT	Servizio Programmazione e Controllo			entro il 30.09.2016		
	Almeno 2 monitoraggi dello stato aggiornamento della sezione del sito "Amministrazione Trasparente": trasmissione delle griglie di autovalutazione	Responsabili della pubblicazione individuati nel PTT	RT		entro il 30.06.2016		entro il 30.11.2016	
	Almeno 2 monitoraggi dello stato aggiornamento della sezione del sito "Amministrazione Trasparente": verbale di verifica a campione del contenuto delle griglie di autovalutazione	RT	Servizio Programmazione e Controllo			entro il 31.07.2016	entro il 31.12.2016	
	Predisposizione della relazione annuale al PTPC e PTT e pubblicazione sull'apposita sezione del sito "Amministrazione Trasparente"	RPC e RT					entro il 15.12.2016 (salvo diversa indicazione ANAC)	
	Coordinamento tra PTPC e PTT con il Ciclo della Performance: inserimento degli obiettivi del presente piano tra gli obiettivi di struttura / obiettivi delle articolazioni e	Servizio Programmazione e Controllo			In sede di discussione degli obiettivi di budget 206			

Area di azione	Indicatore 2016	Responsabile	Altri Attori Coinvolti	Cronoprogramma 2016			
				1 trim	2 trim	3 trim	4 trim
	dei dirigenti coinvolti dell'attuazione del piano						
	Monitoraggio del rispetto delle scadenze previste negli obiettivi di applicazione del PTPC e PTT: gestione scadenziario mensile, gestione della documentazione.	Segreteria Direzione Strategica	RPC e RT Servizio Programmazione e Controllo	in base alle scadenze previste dai singoli obiettivi			
Valutazione ed analisi del rischio di corruzione – aggiornamento tabella di valutazione in ottica delle evoluzioni conseguenti all'applicazione della Legge Regionale 23/2015	Rivalutazione dell'analisi del rischio di corruzione dei processi già identificati nel PTPC 2015-2017 AO "Mellino Mellini", anche nell'ottica delle possibili modifiche effetto della applicazione della Legge Regionale 23/2015: almeno un incontro verbalizzato di confronto con le articolazioni coinvolte per la valutazione di almeno il 50% dei processi	RPC	Articolazioni aziendali responsabili dei processi individuati nel PTPC			entro il 31.07.2016	
	Rivalutazione dell'analisi del rischio di corruzione dei processi già identificati nel PTPC 2015-2017 ASL di Brescia per le attività passate in capo all'ASST, anche nell'ottica delle possibili modifiche effetto della applicazione della Legge Regionale 23/2015: almeno un incontro verbalizzato di confronto con le articolazioni coinvolte per la valutazione del 100% dei processi	RPC	Articolazioni aziendali responsabili dei processi individuati nel PTPC				entro il 31.12.2016
Formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori esposti alla corruzione (finalizzata alla riduzione e gestione del rischio valutato)	Formazione del personale neo-assunto	Area Formazione Continua	RPC				entro il 31.12.2016
	Funzione di Responsabile Unico del Procedimento (RUP) e del Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC): ricognizione dei soggetti incaricati, relativamente ai contratti posti in essere	Funzione Provveditorato ed Economato	Area Risorse Logistiche Beni e Servizi Area Risorse Economico Finanziarie Direttore di Distretto	entro il 30.06.2016 o comunque in coerenza con il passaggio delle funzioni da ATS ad ASST			

Area di azione	Indicatore 2016	Responsabile	Altri Attori Coinvolti	Cronoprogramma 2016			
				1 trim	2 trim	3 trim	4 trim
per il processo n. 10)	dall'ex AO Mellino Mellini e dall'ex ASL di Brescia oggetto del passaggio all'ASST Franciacorta		Funzione Attività Amministrative DSM				
	Revisione del Regolamento per l'individuazione del Responsabile Unico del Procedimento (RUP) e del Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC)	Funzione Provveditorato ed Economato	Area Risorse Logistiche Beni e Servizi Area Risorse Economico Finanziarie			entro il 30.09.2016	
	Formazione del RPC/RT relativamente alle attività dall'ex ASL di Brescia oggetto del passaggio all'ASST Franciacorta: almeno un incontro con il RPC/RT ASL/ATS documentato con verbale	RPC e PT		entro il 31.03.2016			
	Formazione del RPC/RT : prosecuzione della partecipazione agli incontri inter-aziendali e alle eventuali attività formative di Eupolis in tema di Prevenzione della Corruzione e di Trasparenza	RPC e PT		Secondo programmazione			
Adeguamento del Codice di Comportamento	Analisi comparativa dei Codici di Comportamento adottati dall'ex AO Mellino Mellini e ASL di Brescia: verbale di almeno un incontro di confronto propedeutico alla predisposizione di una bozza aggiornata di codice di comportamento	RPC	Direzione Amministrativa dei Presidi Coordinamento Attività Specialistica Ambulatoriale Direttore di Distretto		entro il 30.06.2016		
	Predisposizione bozza di Codice di Comportamento con formale trasmissione alla Direzione Strategica	PRC	Direzione Amministrativa dei Presidi Coordinamento Attività Specialistica Ambulatoriale Direttore di Distretto			entro il 31.09.2016	
Tutela di dipendente	Analisi comparativa attività poste in essere	PRC	Area Risorse Economico				entro il 31.10.2016

Area di azione	Indicatore 2016	Responsabile	Altri Attori Coinvolti	Cronoprogramma 2016			
				1 trim	2 trim	3 trim	4 trim
che effettua segnalazioni di illecito	dall'ex AO Mellino Mellini e ASL di Brescia: verbale di almeno un incontro di confronto propedeutico alla predisposizione di una bozza aggiornata di regolamento di tutela del "whistleblower"		Finanziarie				
	Predisposizione bozza di Regolamento a tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito con formale trasmissione alla Direzione Strategica	PRC	Area Risorse Economico Finanziarie				entro il 31.12.2016
Incarichi esterni extra-istituzionali	Diffusione a tutto il personale aziendale delle indicazioni in merito alle modalità di segnalazione degli incarichi extra-istituzionali e della eventuale preventiva autorizzazione	Area Gestione delle Risorse Umane		entro il 29.02.2016			
Divieto di svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	Previsione in tutti i contratti di assunzione del personale di specifica clausola che espliciti i divieti previsti dalla normativa vigente in termini di revolving-door/pantouflage.	Area Gestione delle Risorse Umane		in concomitanza con la sottoscrizione del contratto			
	Verifica su almeno il 5% delle assunzioni del 2016 della presenza della clausola sottoscritta dal dipendente.	RPC	Area Gestione Risorse Umane				entro il 31.12.2016
	Sottoscrizione in sede di cessazione dell'attività lavorativa, di apposita informativa che espliciti i divieti previsti dalla normativa vigente in termini di revolving-door/pantouflage.	Area Gestione delle Risorse Umane		in concomitanza con le attività amministrative di cessazione			
	Verifica su almeno il 5% delle dimissioni del 2016 della presenza della informativa sottoscritta dal dipendente.	RPC	Area Gestione Risorse Umane				entro il 31.12.2016
Gestione del conflitto di interesse	Verifica su almeno il 5% dei concorsi per l'assunzione di personale e degli avvisi per	RPC	Area Gestione Risorse Umane	Entro il 31.12.2016			

Area di azione	Indicatore 2016	Responsabile	Altri Attori Coinvolti	Cronoprogramma 2016			
				1 trim	2 trim	3 trim	4 trim
	l'acquisizione di personale libero professionale, della presenza delle autocertificazioni relative all'assenza di conflitti di interesse da parte dei componenti della commissione esaminatrice			Entro il 31.12.2016			
	Verifica su almeno il 5% delle gare effettuate nel corso del 2016, della presenza delle autocertificazioni relative all'assenza di conflitti di interesse da parte dei componenti della commissione esaminatrice	RPC	Area Gestione Risorse Logistiche Funzione Provveditorato ed Economato				
Patti di integrità	Analisi comparativa delle modalità di applicazione dei "Patti di Integrità" dall'ex AO Mellino Mellini e ASL di Brescia: predisposizione di bozza di delibera delle modalità di applicazione dei patti di integrità	RPC	Area Gestione Risorse Economico-Finanziarie Area Gestione Risorse Logistiche Funzione Provveditorato ed Economato		Entro il 30.06.2016		
	Verifica su almeno il 5% delle gare bandite nel corso del secondo semestre 2016 della corretta applicazione dei "Patti di Integrità"	Area Affari Generali e Legali					Entro il 31.12.2016
Misure legate al rispetto delle disposizioni in merito a inconferibilità e incompatibilità	Pubblicazione tempestiva delle autocertificazioni rilasciate dai componenti della Direzione Strategica sull'apposita sezione del sito "Amministrazione Trasparente"	RT	Segreteria Direzione Strategica	entro il 15.01.2016			
Implementazione della funzione di internal auditing (finalizzata alla riduzione e gestione del rischio valutato per i processi n. 3 e	Presentazione alla Direzione Strategica delle modalità e degli obiettivi del piano 2016, con eventuale formalizzazione delle modifiche	Responsabile Funzione di Internal Auditing	Direzione Strategica	entro il 31.03.2016			
	Implementazione del piano secondo gli obiettivi e le modalità previste e formalizzate per il 2016	Responsabile Funzione di Internal	Aree coinvolte nella verifica	secondo tempistiche stabilite nel piano			

Area di azione	Indicatore 2016	Responsabile	Altri Attori Coinvolti	Cronoprogramma 2016			
				1 trim	2 trim	3 trim	4 trim
n. 9)		Auditing					
Implementazione del PAC - Percorso attuativo della Certificabilità del Bilancio (finalizzata alla riduzione e gestione del rischio valutato per il processo n. 7)	Implementazione del piano secondo gli obiettivi e le modalità previste e formalizzate per il 2016	Responsabile Coordinamento PAC	Aree coinvolte nelle attività PAC	secondo tempistiche stabilite nel piano			
Diffusione a tutto il personale aziendale degli atti adottati nell'implementazione del PTPC e PTT tramite i consueti canali (e-mail aziendale, angolo del dipendente, intranet aziendale)	Diffusione dei contenuti del PTCP agli stakeholders interni: comunicazione dei documenti (PTPC, PTT, regolamenti, ecc) adottati dall'Azienda	Segreteria Direzione Strategica	RPC e RT Area Gestione Risorse Umane (angolo del dipendente) Sistemi Informativi Aziendali (intranet)	entro un mese dalla adozione dell'atto formalizzazione			

7. PRINCIPALI ISTITUZIONI E ORGANISMI PER L'ANTICORRUZIONE

7.1 Autorità Nazionale Anticorruzione

L'ANAC, Autorità Nazionale Anticorruzione (ex CiVIT), ha adottato le Linee Guida per la redazione dei codici comportamentali da parte delle pubbliche amministrazioni e il PNA. Le funzioni svolte dall'Autorità sono funzioni consultive, di vigilanza e di controllo.

Per l'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo, la Commissione esercita poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti alle Pubbliche Amministrazioni, e ordina l'adozione di atti o provvedimenti richiesti dai piani e dalle regole sulla trasparenza dell'attività amministrativa, ovvero la rimozione di comportamenti o di atti contrastanti coi piani e le regole sulla trasparenza.

Tra le varie competenze essa formula pareri su richiesta delle pubbliche amministrazioni.

7.2 Dipartimento della Funzione Pubblica

Il Dipartimento della funzione pubblica:

- a) coordina l'attuazione delle strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità nella P.A. elaborate a livello nazionale e internazionale;
- b) promuove e definisce norme e metodologie comuni per la prevenzione della corruzione, coerenti con gli indirizzi, i programmi e i progetti internazionali;
- c) predispone il PNA, anche al fine di assicurare l'attuazione coordinata delle misure di cui alla lettera a);
- d) definisce modelli standard delle informazioni e dei dati occorrenti per il conseguimento degli obiettivi previsti dalla legge, secondo modalità che consentano la loro gestione ed analisi informatizzata;
- e) definisce criteri per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione e misure per evitare sovrapposizioni di funzioni e cumuli di incarichi nominativi in capo ai dirigenti pubblici, anche esterni.

7.3 Prefetto

Ai fini della predisposizione del piano di prevenzione della corruzione, il Prefetto, su richiesta, fornisce il necessario supporto tecnico e informativo agli enti locali, anche al fine di assicurare che i piani siano formulati e adottati nel rispetto delle linee guida contenute nel PNA approvato dalla Commissione.

7.4 Scuola superiore della pubblica amministrazione

La Scuola superiore della pubblica amministrazione predispone percorsi, anche specifici e

settoriali, di formazione dei dipendenti delle PP.AA. statali sui temi dell'etica e della legalità. Con cadenza periodica e d'intesa con le amministrazioni, provvede alla formazione dei dipendenti pubblici chiamati ad operare nei settori in cui è più elevato, sulla base dei piani adottati dalle singole amministrazioni, il rischio che siano commessi reati di corruzione.

7.5 Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

È necessario considerare la specificità delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia, nelle quali si applica anche il modello del Codice Etico Comportamentale ai sensi del D.Lgs 231/2001. Le recenti disposizioni regionali hanno demandato a decorrere dal 01/01/2016 le funzioni dell'Organismo di Vigilanza del Codice Etico al Responsabile dell'Anticorruzione aziendale, pertanto dall'anno in corso resta operativo solo Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP).

La normativa vigente in materia, a valenza nazionale, non contempla i NVP, trattando esclusivamente degli Organismi Indipendenti di Valutazione della Performance (OIV), quantunque l'ANAC, in più occasioni equipari agli OIV le strutture che svolgono funzioni analoghe.

La Legge 190/2012 prevede che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione si confronta con l'OIV 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 dell'OIV nell'ambito del c.d. "Ciclo di gestione della performance", svolto in maniera sistematica e costante durante tutto il ciclo, con la segnalazione tempestiva di eventuali criticità, ritardi e omissioni in sede di attuazione, può consentire, infatti di promuovere azioni correttive.

In sintesi l'OIV:

- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni; (art. 14, c. 4, lett. a), del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150);
- ha il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità (art. 14, c. 4, lett. g), del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150);
- esprime parere preventivo obbligatorio sul Codice 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).

8. ABBREVIAZIONE ED ACRONIMI

AGCM:	Autorità Garante della Concorrenza del Mercato
ANAC:	Autorità Nazionale Anticorruzione (ex CiVIT)
AO:	Azienda Ospedaliera
ASL:	Azienda Sanitaria Locale
ASST:	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS:	Agenzia di Tutela della Salute
CCNL:	Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
CiVIT:	Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (poi ANAC)
DDGS:	Decreto del Direttore Generale Sanità
DGR:	Deliberazione della Giunta Regionale
DL:	Decreto Legge
D.Lgs.:	Decreto Legislativo
DEC:	Direttore Esecuzione Contratto
DFP:	Dipartimento della Funzione pubblica
DPR:	Decreto del Presidente della Repubblica
L:	Legge nazionale
LR:	Legge regionale
NVP:	Nucleo di Valutazione delle Prestazioni
ODV:	Organismo di Vigilanza per il Codice Etico
OIV:	Organismo Indipendente di Valutazione
PA:	Pubblica amministrazione
PNA:	Piano nazionale anticorruzione
PFA:	Piano Formazione Aziendale
PTPC:	Piano Triennale Prevenzione della Corruzione
PTTI:	Piano Triennale Trasparenza e Integrità
RPC:	Responsabile Prevenzione della Corruzione
RT:	Responsabile Trasparenza
RUP:	Responsabile Unico del Procedimento
SIA:	Servizi Informativi Aziendali
SSN:	Servizio Sanitario Nazionale
UO:	Unità Operativa
UPD:	Ufficio Procedimenti Disciplinari

9. ALLEGATI

- Programma Triennale per la trasparenza e l'Integrità (PTTI) 2016/2018.