

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE  
E  
PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'  
(2013 – 2015)  
*Prima attuazione Legge 06/11/2012 n. 190***



*“..... Perché dal peccato si può essere perdonati, dalla corruzione no:  
se ne deve guarire, proprio come da un male...”*

Jorge Mario Bergoglio  
Buenos Aires, 2005

da “Guarire dalla corruzione”  
Editrice missionaria italiana

## INDICE

### SEZIONE 1 “IL SISTEMA”

1.1:	CENNI AL CONTESTO NORMATIVO	pag. 2
1.2:	CENNI AL CONTESTO AMBIENTALE	pag. 4
1.3:	CENNI AL CONTESTO AZIENDALE	pag. 5
1.4:	I VALORI DI RIFERIMENTO	pag. 7
1.5:	ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA	pag. 8

### SEZIONE 2 “STRATEGIE DIRETTE ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE”

2.1:	MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO E ATTIVITA’ CONSEQUENTI	pag. 11
2.2:	SELEZIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE	pag. 13
2.3:	INFORMAZIONE E SEGNALAZIONE	pag. 16
2.4:	CONTROLLI	pag. 16
2.5:	CODICE DI COMPORTAMENTO	pag. 17

### SEZIONE 3 “PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L’INTEGRITA’”

3.1:	DATI DA PUBBLICARE	pag. 19
3.2:	MODALITA’ DI PUBBLICAZIONE DATI	pag. 21
3.3:	INIZIATIVE PER LA TRASPARENZA	pag. 22
3.4:	COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE	pag. 23
3.5:	POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA	pag. 24

### SEZIONE 4 “INTEGRAZIONE DEL PRESENTE PIANO NELL’ORGANIZZAZIONE AZIENDALE”

4.1:	IL SISTEMA DI QUALITA’ AZIENDALE E IL RISK MANAGEMENT	pag. 25
4.2:	IL CODICE ETICO COMPORTAMENTALE E L’ORGANISMO DI VIGILANZA	pag. 26
4.3:	IL COLLEGIO SINDACALE	pag. 28
4.4:	IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE	pag. 28
4.5:	I CONTROLLI REGIONALI	pag. 30

#### ALLEGATI

1. *Delitti contro la Pubblica Amministrazione*
2. *Schema codice di comportamento*
3. *Codice Internazionale di condotta dei dipendenti pubblici (inglese/italiano)*
4. *Dati e scadenze pubblicazioni*
5. *Tabella scadenze Legge 190/2012*

## **SEZIONE 1**

### **IL SISTEMA**

#### **1.1: CENNI AL CONTESTO NORMATIVO**

Il tema della **lotta alla corruzione** è stato affrontato, a livello internazionale, già da qualche decennio.

Risale infatti al 31/10/2003 la Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea Generale dell'ONU a Merida e ratificata in Italia con la Legge 03/08/2009 n. 116.

Ancor prima, però, e precisamente nel 1999, la Convenzione penale di Strasburgo –ratificata in Italia solo con la Legge 28/06/2012, n. 110– impegnava gli Stati a prevedere l'incriminazione di fatti di corruzione attiva e passiva tanto di funzionari nazionali quanto stranieri, del cosiddetto **"traffico di influenze" e dell'antiriciclaggio**.

Con la **L. 06/11/2012 n. 190**, entrata in vigore il 28/11/2012, sono state dettate le norme di adeguamento ed è stata data piena attuazione, nel territorio italiano, ai principi sovranazionali attinenti, in particolare, alla necessità di introdurre misure volte a prevenire e reprimere la corruzione e l'illegalità nella Pubblica Amministrazione (P.A.) e a modificare, integrandola, la disciplina penalistica dei reati contro la P.A. (Libro II, Tit. II, Capo I Codice Penale).

Tale Legge, se per un verso, può considerarsi una "rivoluzione copernicana" nel panorama normativo nazionale, inserendosi in un momento storico e culturale particolarmente sensibile alla problematica (non a caso il titolo recita *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A."*), d'altro canto sembra completamente aver trascurato (se non per qualche breve accenno) i nostri cardini costituzionali, che sebbene risalenti al 1948 contengono almeno a livello di principio, ciò che può essere considerata la *"ratio"* della nuova normativa.

Nello specifico, ai sensi dell'art. 97 *"I pubblici uffici sono organizzati secondo disposizioni di legge, in modo che siano assicurati il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione.*

*Nell'ordinamento degli uffici sono determinate le sfere di competenza, le attribuzioni e le responsabilità proprie dei funzionari. Agli impieghi nelle P.A. si accede mediante concorso, salvo i casi stabiliti dalla legge".*

E ancora l'art. 98 c. 1 *"i pubblici impiegati sono al servizio esclusivo della Nazione".*

La legge succitata estende la sua validità a tutte le amministrazioni di cui all'art. 1, c. 2, D. L.gs. 30/03/2001 n. 165 e s.m.i. e pertanto anche alle "Aziende e Enti del Servizio Sanitario Nazionale".

I principali profili di intervento della legge sono i seguenti:

- viene individuata nella Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche l'**Autorità nazionale anticorruzione**;
- vengono introdotte misure specifiche che ogni P.A. deve attuare (es. **nomina Responsabile prevenzione della corruzione, adozione piano triennale di prevenzione della corruzione**, etc.);
- sono dettate speciali regole volte alla trasparenza dell'attività amministrativa, soprattutto in relazione agli **appalti e all'attribuzione di incarichi**;
- sono dettate indicazioni per le **incompatibilità e cumulo di impieghi** per dipendenti pubblici;
- sono elencate le **attività di impresa particolarmente esposte al rischio di infiltrazione mafiosa**;
- vengono previste modifiche al codice penale nell'ambito dei "**Delitti contro la Pubblica Amministrazione**" (Libro II, tit. II, Capo I Codice Penale – **all. 1**) e l'introduzione di nuove fattispecie delittuose, come il "**Traffico di influenze illecite**" (art. 346 bis c.p.).

Per "**concussione**", la nuova formulazione dell'art. 317 c.p. prevede: "*Il pubblico ufficiale che, abusando della sua qualità o dei suoi poteri, costringe taluno a dare o a promettere indebitamente a lui o a un terzo, denaro o altra utilità è punito con la reclusione da 6 a 12 anni*".

La "**corruzione per l'esercizio della funzione**", viene così definita dall'art. 318 c.p. "*Il pubblico ufficiale che, per l'esercizio delle sue funzioni o dei suoi poteri, indebitamente riceve, per sé o per un terzo, denaro o altra utilità o ne accetta la promessa è punito con la reclusione da 1 a 5 anni*".

L'art. 319 quater prevede l' "**induzione indebita a dare o promettere utilità** –*Salvo che il fatto costituisca più grave reato, il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che, abusando della sua qualità o dei suoi poteri, induce taluno a dare o a promettere indebitamente, a lui o a un terzo, denaro o altra utilità è punito con la reclusione da 3 a 8 anni. Nei casi previsti dal primo comma, chi da o promette denaro o altra utilità è punito con la reclusione fino a 3 anni*".

La legge 190/12 definisce il "**Traffico di influenze illecite** –*Chiunque fuori dei casi di concorso nei reati di cui agli artt. 319 e 319 ter, sfruttando relazioni esistenti con un pubblico ufficiale o con un incaricato di un pubblico servizio, indebitamente fa dare o promettere, a sé o ad altri, denaro o altro vantaggio patrimoniale, come prezzo della propria mediazione illecita verso il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio ovvero per remunerarlo, in relazione al compimento di un atto contrario ai doveri di ufficio o all'omissione o al ritardo di un atto del suo ufficio, è punito con la reclusione da 1 a 3 anni*".

**Le norme suindicate si applicano anche agli incaricati di pubblico servizio (ex art. 358 cp) cioè coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un servizio pubblico.**

## 1.2: CENNI AL CONTESTO AMBIENTALE

Dai dati ufficiali, la corruzione è una delle **cause di inefficienza** del sistema pubblico. Il rapporto 2011 di “Transparency International” (Organizzazione non governativa, no profit, leader nel mondo per le sue attività di promozione dell’etica e della trasparenza e di prevenzione e contrasto alla corruzione), fa emergere come la corruzione sia radicata nella P.A., nella società civile e nel privato.

E’ un fenomeno pervasivo e sistemico.

Negli ultimi 2 anni la corruzione praticata è aumentata, quella denunciata è diminuita.

Il **settore della sanità** è da tempo tra quelli maggiormente esposti al rischio di corruzione, anche perché è uno degli ambiti più rilevanti in tema di spesa pubblica.

Circa il 50% della corruzione si anniderebbe nella sanità: le dimensioni, così come stimate dal sottosegretario Elio Cardinale, ammonterebbero a circa 60 miliardi all’anno.

**Pertanto, noi che all’interno della sanità ci lavoriamo, dobbiamo sviluppare una maggior consapevolezza dell’etica e della responsabilità.**

Come sottolineato dall’ISPE (Istituto per la Promozione dell’Etica in Sanità) occorre allargare l’orizzonte strategico e passare dal solo agire sugli effetti (crimini, inefficienze, sprechi), al concentrarsi sulle cause che li generano: la scarsa risonanza di valori etici negli individui e nelle organizzazioni sanitarie.

Da un’indagine CENSIS del 2010, volta a comprendere quali fossero gli ostacoli principali al miglioramento dei servizi sanitari pubblici è emerso quanto segue:

### OSTACOLI PRINCIPALI AL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI SANITARI PUBBLICI

(val%)

Secondo Lei, quali sono gli ostacoli principali per il miglioramento dei servizi sanitari pubblici?	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Il malcostume di politici e amministratori	37.7	34.2	44.7	38.2	38.6
Le pressioni e gli interessi dei privati	34.2	37.4	31.1	29.4	32.6
La scarsità cronica di risorse	14.6	19.2	19.3	17.1	17.2
Scarsa volontà di medici cui fa comodo la situazione attuale	12.3	17.4	17.1	12.6	14.3
L’incapacità dei dirigenti delle strutture e dei servizi	11.4	11.0	16.2	15.1	13.5
Scarso spirito di servizio e di etica dei non medici	6.6	11.4	12.3	16.3	12.0
La tendenza dei pazienti a non rispettare le regole	7.6	2.3	3.9	7.3	5.8
Il rapido modificarsi dei bisogni della popolazione	8.5	1.8	2.2	3.3	4.2
Non ci sono ostacoli particolari i servizi sono discreti	18.4	16.0	6.1	7.8	11.9
Altro	0.3	2.7	0.4	0.5	0.9

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte  
Fonte: indagine Censis - CCM 2010

Analizzando i suindicati dati, emerge che, sviluppare azioni per prevenire la corruzione, significa anche promuovere un comportamento etico, non solo a livello di amministratori e dirigenti amministrativi, ma anche nella professione sanitaria.

Ciò potrà contribuire a ristabilire un rapporto di fiducia tra servizi erogati dalla sanità pubblica e cittadini, tra industria e medici, tra ASL/AO e Stato/Regioni, ma anche tra paziente e medico.

### **1.3: CENNI AL CONTESTO AZIENDALE**

Alla luce delle suindicate premesse occorre conseguentemente contestualizzare l'applicazione della L. 190/12 all'interno della nostra struttura sanitaria.

**L'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza** ha la propria sede legale a Monza in via Pergolesi 33 (sito web: [www.hsgerardo.org](http://www.hsgerardo.org)).

Otto secoli di tradizione di cura e assistenza la caratterizzano, risalendo al 1174 la prima convenzione stipulata da San Gerardo dei Tintori con la Chiesa ed il Comune per la cura di poveri e malati.

Oggi, considerata di rilievo nazionale e ad alta specializzazione, conta circa 3.000 dipendenti (fra medici, infermieri, personale tecnico e amministrativo) e ha un bilancio di circa 400 milioni di euro.

L'Ospedale San Gerardo di Monza, il quarto ospedale pubblico, per dimensioni, della Lombardia, svolge la sua attività di assistenza e cura in armonia con la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Milano Bicocca, con un corso di laurea specialistica a ciclo unico in Medicina e Chirurgia e, tra l'altro, due corsi analoghi in Biotecnologie Mediche e Scienze Infermieristiche e Ostetriche.

L'Azienda, con i suoi ospedali è impegnata sempre più a diventare (più di quanto lo sia già oggi) un punto di riferimento di specializzazione avanzata in Italia e in Europa e a moltiplicare le sue eccellenze (fra le altre, ematologia pediatrica, lo studio e la cura per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco, l'attività di trapianto delle cornee e di midollo osseo, la chirurgia dell'intestino e vitro-retinica, il trattamento dei tumori ginecologici, la medicina radiodiagnostica).

La sua organizzazione è articolata in 8 dipartimenti sanitari, a cui fanno capo molteplici unità organizzative, diverse decine di strutture ambulatoriali, di laboratorio analisi, unità diagnostiche e riabilitative.

Particolare rilievo scientifico rivestono inoltre la Banca degli occhi, dotata di sofisticati strumenti tecnologici per la conservazione delle cornee destinate al trapianto e il Laboratorio di Terapia Cellulare e Genica "Stefano Verri", destinato alla manipolazione cellulare a scopo clinico e allo sviluppo di terapie innovative.

Ulteriore peculiarità riveste la sperimentazione gestionale pubblico/ privato tra l'Azienda Ospedaliera e la **Fondazione "Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma"**, i cui rapporti sono disciplinati con specifica convenzione (approvata con Deliberazione n. 529 del 27/10/2009 e rinnovata con Deliberazione n. 62 del 31/01/2012).

Alla citata Fondazione, attraverso Decreto della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia del 07/07/2008, sono state trasferite le attività di Ostetricia, Pediatria e Neonatologia, Patologia Neonatale e Terapia Intensiva Neonatale, con l'obiettivo fondamentale di elevare la qualità dei servizi assistenziali, anche con particolare focalizzazione alla ricerca clinica ed alla sperimentazione.

L'Azienda Ospedaliera coincide con il Presidio Ospedaliero San Gerardo, che comprende oltre la sede di via Pergolesi, anche i Poliambulatori di Monza, con sede all'Ospedale Vecchio, Lissone e Macherio.

Dal 1° ottobre 2008 l'Azienda garantisce, inoltre, tutte le prestazioni e i servizi sanitari per la Casa Circondariale di Monza, secondo quanto stabilito dalla DGR n. 8120 del 01/10/2008.

Una descrizione dettagliata dei rapporti istituzionali e della struttura aziendale (gli Organi, la Direzione, gli organismi interni di supporto) è contenuta nel **Piano di Organizzazione Aziendale** (POA) pubblicato sul sito web aziendale (quello in corso è stato adottato con Deliberazione n. 39 del 29/01/2013) ed ha valenza **2011-2014**.

Il POA rappresenta il punto di partenza e di riferimento per poter procedere ad un “travaso” efficace dei principi contenuti nella L. 190/12 nel nostro ambito strutturale.

La nostra Azienda rappresenta infatti una realtà complessa: da un lato è **persona giuridica pubblica**, ai sensi del D.L.gs. 502/2002 e s.m.i., dall'altro è **dotata di autonomia imprenditoriale**, e come tale essa è soggetta sia al **diritto pubblico** (in quanto P.A.) sia, per taluni ambiti al **diritto privato** (es. alcune fasi dell'acquisizione di beni e servizi, o del rapporto di lavoro).

Occorre rilevare che, negli ultimi, anni l'autonomia organizzativa e gestionale delle aziende sanitarie è stata oggetto, da parte regionale, (vedasi la L.R. n. 31/1997 e successive modificazioni) di una sensibile ridimensionamento a favore di una maggiore integrazione delle stesse, processo che ha determinato, attraverso la legge regionale n. 30/2006, l'istituzione del “**Sistema Regionale**”, composto da Regione, enti e aziende – anche autonome-, istituite da Regione- enti del S.S.R. e le società regionali (Finlombarda SpA, Infrastrutture Lombarde SPA, Lombardia Informatica, etc.). In tale contesto l'interscambio delle attività tra Enti del sistema è finalizzato a massimizzare l'attività di programmazione, controllo, e razionalizzazione delle risorse da parte della regione, con una azione di governo maggiormente incisiva.

Ciascuno di questi soggetti svolge le prestazioni a favore dell'altro per la produzione di beni e servizi necessari per l'attività (tramite convenzioni).

Da non tralasciare è anche il complesso delle norme nazionali e regionali sulle modalità di acquisto di beni e servizi attraverso centrali di committenza (Consip, Centrale Regionale Acquisti, ora ARCA Lombardia, ecc.) e delle disposizioni regionali introdotte con L.R. 27/03 che individua la società regionale Infrastrutture Lombarde (ora ILSPA SpA), quale titolare delle funzioni per l'esperimento delle procedure ad evidenza pubblica per la progettazione, l'affidamento e l'aggiudicazione di lavori pubblici concernenti infrastrutture di interesse regionale, nonché le funzioni di committente, per tutte le Aziende sanitarie regionali.

In tale contesto, nel quale i processi gestionale e decisionale dell'Azienda ospedaliera interagiscono evidentemente con più soggetti, si evidenziano chiaramente le possibili maggiori difficoltà operative di attuazione delle disposizioni previste dalla richiamata legge n. 190/20012, ed in particolar modo le attività di controllo e “monitoraggio” dei comportamenti dei vari attori coinvolti.

Tenuto conto quindi dello scenario sopra delineato si ritiene indispensabile la predisposizione di un piano anticorruzione che prevederà dei cronoprogramma, con percorsi e iniziative da sviluppare nel triennio, monitorando costantemente l'attuazione delle singole fasi. E' di tutta evidenza che la collaborazione di tutti i professionisti che lavorano nell'Azienda, e l'impegno che garantiranno nelle varie fasi attuative del piano, rappresenterà il grado di eticità dell'Azienda.

Di particolare rilevanza a tal proposito, è il capitolo 5 del Piano Organizzativo Aziendale, relativo a *“I processi decisionali e l’articolazione delle responsabilità”*, dal quale peraltro si evincono le fonti normative, attraverso le quali si manifestano la volontà e l’attività dell’Azienda: **Deliberazioni** (atto di competenza del Direttore Generale) e **Determinazioni dirigenziali** (provvedimenti amministrativi emanati da Responsabili di Uffici/Strutture, nell’esercizio di specifiche funzioni gestionali, aventi effetti giuridici ed economici nei confronti di soggetti terzi).

Su tali atti vigila anche il **Collegio Sindacale**, Organo dell’Azienda, con il quale è opportuno prevedere momenti e meccanismi di raccordo (vedasi sezione successiva).

L’Azienda Ospedaliera nei prossimi anni sarà inoltre oggetto di un importante intervento di ristrutturazione del presidio ospedaliero, che comporterà significativi cambiamenti organizzativi durante le fasi di esecuzione dei lavori, che saranno, tra l’altro, svolti anche attraverso la società regionale ILSPA, quale RUP e centrale di committenza dei lavori in questione.

#### **1.4: VALORI DI RIFERIMENTO**

L’elaborazione del piano triennale della prevenzione della corruzione è stata prevista dalla L. 190/12 per il 31 gennaio di ogni anno.

In fase di prima applicazione il termine è stato fissato al 31/03/2013 (L. 17/12/2012 n. 221).

Occorre rilevare, per altro, che Il piano nazionale anticorruzione che avrebbe dovuto essere redatto dal Dipartimento della Funzione Pubblica, contenente altresì indicazioni alle PP.AA. per il conseguimento degli obiettivi previsti dalla Legge, non è ancora stato emanato.

Il presente piano costituisce, pertanto, un primo “lavoro” attuativo dell’Azienda Ospedaliera che dovrà essere poi eventualmente integrato ed aggiornato con le disposizioni future.

Nella predisposizione del presente piano, si ha la convinzione che le risorse umane rappresentino il grande patrimonio dell’Azienda Ospedaliera, e ne costituiscano la forza, l’efficacia e la reputazione.

Solo con il pieno coinvolgimento ad ogni livello, nel lavoro di squadra, nella condivisione degli obiettivi, nonché nella tutela e promozione dei valori, l’Azienda può offrire un servizio pubblico veramente degno del nome a tutti i cittadini.

L’attenzione alle persone ed il porsi costantemente a disposizione della collettività con spirito di servizio, dedizione e responsabilità sono e devono essere parte essenziale della qualità delle prestazioni quotidiane.

La pluralità di *stakeholders*, sia interni (management, personale dipendente) che esterni (clienti-utenti, fornitori attuali e potenziali, altre istituzioni pubbliche) impone il costante rispetto di principi come **l’onestà, l’integrità, l’imparzialità, l’equità dell’autorità, l’assenza di conflitto di interessi, la riservatezza, la responsabilità sociale.**

L'Azienda Ospedaliera, ribadendo i principi contenuti nel codice penale, vieta ogni forma di corruzione, anche indiretta, e di illegalità che possa includere, altresì:

- omaggi
- spese (pasti, trasporti, viaggi)
- opportunità di lavoro
- contributi, quali sponsorizzazioni
- sconti o crediti personali o facilità di pagamento
- assistenza e supporti, variamente intesi, a familiari
- altre utilità, vantaggi diversi, facilitazioni

Con l'adozione del presente piano si prefigurano quindi specifiche azioni di intervento nel triennio, quali, a titolo esemplificativo:

- l'adozione di protocolli attuativi e controlli interni;
- Il monitoraggio di appalti di lavori, di servizi e forniture e concessioni, così come i rapporti con i fornitori/appaltatori;
- l'introduzione dello strumento dei "Patti di integrità", che dovranno essere sottoscritti dai concorrenti delle procedure di gara con espressa previsione di esclusione immediata, in caso di violazione (art. 1, c. 17, L. 190/12);
- l'approfondimento ed il monitoraggio delle procedure di selezione del personale e la formazione, così come delle procedure contabili.

Inoltre, non ritenendo di poter scindere la **TRASPARENZA**, intesa come **completezza, chiarezza ed accessibilità delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività della P.A.**, dalle attività volte alla prevenzione della corruzione, il relativo programma triennale costituirà, come anche suggerito dalla circolare 1 del 25/01/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di Legge 190/12 e dallo schema di D.L.gs. sulla trasparenza (art. 10), una Sezione apposita del presente Piano.

Oltre a ciò saranno particolarmente tutelate e promosse le segnalazioni di rischi o di illiceità o negligenza, così da diventare strumento più efficace nella prevenzione della corruzione.

### **1.5: ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA**

Le particolari innovazioni introdotte dalla L. 190/12, l'ampiezza e la varietà delle attività da implementare e la delicatezza delle problematiche sottese, inducono l'Azienda Ospedaliera San Gerardo a definire un sistema organizzativo per assicurare azioni strategiche, obiettivi, scelte operative e controlli efficaci.

Nella prima fase operativa, di tale sistema fanno parte, il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza**, Avv. Marta Viganò (nominato con Deliberazione n. 119 del 05/03/2013) ed il "**Servizio Interno per la Trasparenza e l'Anticorruzione**" (**SITA**) –specificatamente istituito con il presente piano- composto dai referenti URP/Comunicazione, Sig.a Paola Somaschi, Dott. Diego Facchinetti, dal

Responsabile dell'Ufficio Qualità e Accreditamento, Dott.ssa Bianca Ricciardella, dal Responsabile dell'Ufficio Formazione, Dott.ssa Amalia Vissa, dal Responsabile dei Sistemi Informativi Aziendali (SIA), Dott. Carlo Bonicelli.

Il supporto amministrativo è fornito da Sig.ra Mariagrazia Meroni e Sig.ra Laura Nobili Collaboratori dell'U.O. Affari Generali e Legali.

Tra i compiti del Responsabile, che svolge attività di coordinamento del SITA, figurano:

- l'elaborazione della proposta del piano di prevenzione aziendale (art. 1 c. 9);
- la definizione di procedure appropriate per la selezione e formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1 c. 8);
- la verifica dell'efficace attuazione del Piano, nonché proposta di modifica dello stesso (art. 1, c. 10, lett. a);
- la verifica, d'intesa con il Dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli Uffici ove è più elevato il rischio di reati di corruzione;
- il coordinamento delle azioni per la prevenzione della corruzione con il programma della trasparenza;
- l'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione previsti dalla stessa legge;
- la pubblicazione, entro il 15 dicembre di ogni anno, nel sito web dell'Amministrazione, di una relazione recante i risultati dell'attività svolta e trasmissione della stessa relazione all'organo di indirizzo politico dell'Amministrazione.

Ai compiti sopraindicati si aggiungono quelli derivanti dall'incarico di **Responsabile della Trasparenza** ed in particolare:

- svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, segnalando all'organo di indirizzo politico, all'organismo indipendente di valutazione (OIV), all'autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- provvedere all'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e integrità;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico;
- segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente:
  - o all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
  - o al vertice politico dell'amministrazione e all'OIV, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Il **SITA** ha il compito di affiancare e supportare il Responsabile Anticorruzione, ne condivide le scelte strategiche e svolge un importante ruolo operativo per la realizzazione delle attività previste, oltre che di monitoraggio/controllo.

Il SITA si riunisce, di norma, una volta al mese, su richiesta del Responsabile, od anche con cadenza diversa qualora il Responsabile ne ravvisi la necessità o l'opportunità.

Qualora vi sia la necessità o l'urgenza, lo scambio di informazioni o l'adozione di decisioni può avvenire con riunioni telematiche (scambio e-mail).

Il Responsabile e il SITA agiscono sinergicamente con la **Direzione Aziendale** con la quale condividono le strategie e con la quale si rapportano costantemente.

I Dirigenti/Responsabili aziendali di ogni articolazione/U.O./servizio, provvederanno a nominare, tra i propri collaboratori, un **"Referente per la trasparenza e l'anticorruzione"**, a cui compete la responsabilità di:

- procedere alla pubblicazione sul web di atti/documenti della propria struttura, secondo gli obblighi previsti dalla normativa vigente;
- curare i rapporti con il SITA;
- coordinare le attività di anticorruzione e trasparenza all'interno della struttura;
- monitorare l'adeguatezza dei protocolli e/o valutare la necessità di proporre modifiche ed azioni correttive, d'intesa con il Responsabile della Struttura ed il SITA.

I nominativi dei referenti saranno trasmessi formalmente al Responsabile dell'anticorruzione. In carenza di individuazione del referente, le relative responsabilità saranno a carico del responsabile della struttura/servizio.

Per una efficace azione di prevenzione della corruzione risulta fondamentale per l'azienda procedere ad una mappatura delle proprie attività e dei relativi processi operativi. A tal fine ogni struttura dovrà redigere una **"due diligence"**, ossia una presentazione approfondita della propria area di attività, con un'analisi delle proprie aree a rischio.

Alla luce di tale valutazione, il SITA individuerà, confrontandosi e consultando i diversi Responsabili, le **"aree più a rischio"** dell'Azienda, per le quali è indispensabile attivare azioni prioritarie di intervento e monitoraggio.

#### **CRONOPROGRAMMA PIANO ANTICORRUZIONE**

<i>ADEMPIMENTI</i>	<i>Strutture referenti</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
NOMINA RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA E INT. (da ora Responsabile)	Direzione	Entro 31/03/2013		
NOMINA SITA	Direzione/Responsabile	Entro 31/03/2013		
PROPOSTA PIANO ALLA DIREZIONE E APPROVAZIONE	Responsabile / SITA	Entro 31/03/2013	Entro 31 gennaio	Entro 31 gennaio
PRESENTAZIONE PIANO AI RESPONSABILI UO e COORDINATORI	Responsabile / SITA	Tempestivamente	Marzo	Marzo
PRESENTAZIONE PIANO AL PERSONALE	Direttori/Dirigenti/Responsabili/Coordinatori	Tempestivamente	Aprile	Aprile
IDENTIFICAZIONE REFERENTI	Direttori/Dirigenti/Responsabili/Coordinatori su criterio definito da SITA	Tempestivamente		

## **SEZIONE 2**

### **STRATEGIE DIRETTE ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

#### **2.1: MAPPATURA DELLE AREE A RISCHIO E ATTIVITA' CONSEGUENTI**

Tenuto conto delle considerazioni riportate nella sezione precedente, il presente documento rappresenta quindi uno strumento dinamico, nonchè la prima fase aziendale di adempimento alla normativa anticorruzione prevista dalla L. n. 190/2012, con la consapevolezza che si procederà, nel corso dei prossimi mesi, alle necessarie integrazioni ed adeguamenti, anche in rapporto ai mutamenti organizzativi e funzionali dell'Ente, nonchè in relazione alla evoluzione normativa di riferimento.

Effettuate da ogni U.O. le *due diligence*, si procederà ad effettuare un vero e proprio Risk Assessment al fine di identificare le aree più a rischio.

Quest'ultimo è una moderna metodologia volta alla determinazione del rischio associato a determinati pericoli o sorgenti di rischio. Si ricorre a tale metodologia, in quanto si intende valutare la **pericolosità di un evento ai fini di definire la priorità o l'urgenza delle misure necessarie per tenerlo sotto controllo.**

Le fasi dell'attività attengono pertanto a:

- a) INDIVIDUAZIONE E ANALISI RISCHI**
- b) VALUTAZIONE DEL RISCHIO**
- c) TRATTAMENTO DEL RISCHIO.**

#### **a) INDIVIDUAZIONE DEI RISCHI**

Per una completa individuazione dei rischi, occorre conoscere approfonditamente l'attività nei suoi aspetti tecnici, amministrativi, commerciali e finanziari.

Un approccio corretto consiste nell'individuare i **processi più a rischio di illegalità**, nel determinare le cause e nel valutare i possibili effetti.

I dati raccolti, inseriti in una griglia di identificazione, permetteranno di rilevare, in modo veloce, i rischi a cui è soggetta la struttura/servizio e quindi anche l'Ente, e di offrire spunti interessanti per un'adeguata valutazione del rischio.

## b) VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Una volta individuati, i rischi devono essere analizzati e valutati.

Il che significa attribuire un valore alle due variabili che li caratterizzano e cioè:

- **la gravità** del danno che ne può derivare;
- **la probabilità** che l'evento illecito si possa verificare.

## c) TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Gli esiti delle attività di valutazione ed i dati raccolti costituiscono condizioni prodromiche ad una corretta gestione del fenomeno "rischio".

Sulla base delle informazioni acquisite si dovranno adottare soluzioni per prevenire il verificarsi del rischio (protocolli, *best practices*, etc.).

Alla fine del trattamento del rischio, le conseguenti strategie operative, incominciano ad assumere una determinata configurazione.

Tuttavia è indispensabile ripercorrere costantemente nel tempo le varie fasi sopra descritte al fine di verificare che le soluzioni adottate mantengano coerenza, validità ed efficacia.

Tale *check up* consentirà di applicare azioni correttive ove del caso.

L'attività di **Risk assessment** sarà facilitata da *check list* che saranno elaborate dal SITA e distribuite ai Responsabili delle UO ed ai Referenti.

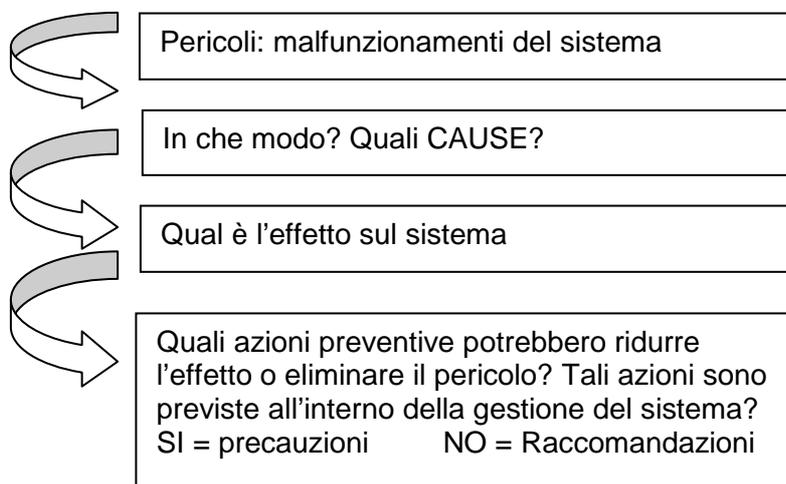
Per raggiungere gli obiettivi sopra indicati si intende utilizzare il metodo **FMEA** (Failure Modes and Effects Analysis).

## FMEA

*Failure Modes and Effects Analysis*

Il metodo valuta in pratica cosa succede al sistema (effects) se qualche cosa fallisce/accade (failure).

### E' UN METODO INDUTTIVO



## CRONOPROGRAMMA RISK ASSESSMENT

	Adempimenti	Strutture referenti	2013	2014	2015
RISK ASSESSMENT	DUE DILIGENCE	le UUOO	Tempestivamente		
	PREDISPOSIZIONE STRUMENTI PER CONDUZIONE MAPPE DI RISCHIO (FMEA)	SITA / AGL/SIA/URP/QUA/FORMAZION E/ DMP/RISK	Ottobre		
	CONDUZIONE ANALISI RISCHI	Direttori/Dirigenti/Responsabili/Coo rdinatori	Novembre	Aggiornamenti	Aggiornam enti
	IDENTIFICAZIONE AREE A RISCHIO	SITA con Direttori/Dirigenti/Responsabili/Coo rdinatori	Dicembre	Aggiornamenti	Aggiornam enti
	DETTAGLIO DEL PIANO	SITA con Direttori/Dirigenti/Responsabili/Coo rdinatori	Dicembre	Aggiornamenti	Aggiornam enti
	INTERVENTI DI PREVENZIONE	SITA con Direttori/Dirigenti/Responsabili/Coo rdinatori		Entro dicembre	Aggiornam enti
	MONITORAGGIO/CONTROLLI	SITA con Strutture di controllo		Costanti	Costanti

Verranno, in tale percorso, privilegiate le attività indicate dall'art. 1, c. 16 della L. 190/12 ed in particolare i procedimenti attinenti:

1. autorizzazioni e concessioni;
2. scelta del contraente per l'affidamento dei lavori, servizi e forniture comprese le modalità di selezione prescelta;
3. concessione ed erogazione di vantaggi, etc. a persone ed enti pubblici e privati;
4. concorsi e prove selettive per assunzione del personale;

oltre ai settori già previsti nella Sez. I ed al conferimento di consulenze e incarichi.

### **2.2: SELEZIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE**

Particolare attenzione dedica la L. 190/12 alla previsione, nel presente piano, di procedure appropriate per **selezionare e formare i dipendenti destinati a operare in settori esposti alla corruzione** (art. 1, c. 8, c. 10).

Per quanto concerne la selezione, sebbene nel nostro ambito sia regolata da una normativa rigorosa (ci si riferisce in particolare alle norme sulle modalità di espletamento dei concorsi, ove sono richieste in sede di presentazione di domande, dichiarazioni, su precedenti penali o indagini pendenti), è obiettivo di questa Azienda elaborare, d'intesa con il Responsabile della UO Gestione Risorse Umane, modalità per verificare approfonditamente eventuali esperienze precedenti dei candidati (per quanto consentito dalle leggi applicabili) e controlli sulle referenze, ai fini dell'anticorruzione.

Sarà inoltre mappata con attenzione l'osservanza di eventuali incompatibilità nella formazione di Commissioni di concorsi/avvisi, al fine di scongiurare ogni potenziale rischio.

In relazione alla **FORMAZIONE** verrà elaborato un **programma informativo/formativo** che riguarderà tutto il personale, prevedendo, ove possibile, anche il coinvolgimento di personalità esterne all'azienda, di rilievo nel campo giuridico ed in particolar modo penale.

Attraverso specifiche iniziative, il personale (dipendente e non, specializzandi, borsisti, etc.) sarà informato sulle leggi anticorruzione, ed in particolare:

- sui contenuti del presente piano;
- sull'importanza del rispetto delle indicazioni ivi contenute;
- sui diversi reati, i rischi, le connesse responsabilità personali;
- sulle possibili sanzioni penali e disciplinari (in particolare quella prevista dall'art. 1, c. 14 L. 190/12 che stabilisce la sanzione dell'illecito disciplinare a carico del dipendente che violi le disposizioni delle misure di prevenzione stabilite dal presente piano)

Al fine di massimizzare l'importante fase dedicata alla formazione ed informazione dei dipendenti, si prevedono le seguenti **iniziative specifiche**:

- la registrazione dei partecipanti alle diverse iniziative formative per un costante monitoraggio del grado di coinvolgimento, tenuto conto anche del prevedibile turnover dei dipendenti;
- l'eventuale previsione di test di apprendimento conseguenti alle attività formative;
- la programmazione di percorsi formativi aggiuntivi obbligatori per il personale allocato in aree/servizi esposto oggettivamente a maggiori rischi di corruzione (quali i settori dedicati alla gestione e reperimento di beni e servizi, i settori dedicati alla gestione di gare d'appalto, ecc.), su specifica iniziativa del Responsabile Prevenzione Corruzione, d'intesa con il SITA ed i Responsabili di riferimento.

Tale specifica attività formativa sarà in ogni caso attivata:

- all'assunzione o all'attribuzione di un nuovo incarico rientrante tra quelli sensibili sopra citati, (da svolgersi entro un lasso di tempo ragionevole);
- periodicamente quale attività di aggiornamento, in relazione anche alle evoluzioni organizzative aziendali ed alle fonti normative di riferimento.

In tema di gestione delle risorse umane, verranno analizzate con il Responsabile dell'UO Gestione Risorse Umane ed i dirigenti/funzionari responsabili delle strutture interessate, possibili misure dirette alla rotazione del personale negli uffici preposti allo svolgimento di attività nei cui ambiti sia più elevato il rischio di commissione di reati di corruzione, compatibilmente in ogni caso con il rispetto del possesso di specifiche competenze professionali, ove richieste, per la peculiarità di alcune strutture organizzative.

All'interno di questi eventi potranno essere inserite anche tematiche inerenti la **TRASPARENZA**. Alcune iniziative formative ed informative, saranno aperte ai soggetti fornitori/appaltatori ed eventualmente anche al pubblico.

**CRONOPROGRAMMA Selezione del personale e rotazione degli incarichi**

<i>ADEMPIMENTI</i>	<i>Strutture coinvolte</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
Proposta e definizione di meccanismi per selezionare il personale destinato a operare in settori esposti alla corruzione (art. 1 c, 8 e c, 10 L. 190/12) Es. analisi referenze e precedenti esperienze lavorative.	Direzione/U.O. Gestione Risorse Umane/SITA	2° semestre 2013 (elaborazione proposte e definizione attività)	→	→
Analizzare possibili misure dirette alla rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento di attività nei cui ambiti sia più elevato il rischio di commissione di reati di corruzione.	Direzione/U.O. Gestione Risorse Umane/SITA	2° semestre 2013 (elaborazione proposte e definizione attività)	→	→

**CRONOPROGRAMMA Informazione e formazione del personale**

<i>ADEMPIMENTI</i>	<i>Strutture coinvolte</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
Definizione del programma degli incontri informativi rivolti al personale dipendente e non dipendente dell'azienda	Direzione/Ufficio Formazione/SITA	Entro settembre 2013		
Organizzazione ed effettuazione di incontri informativi rivolti al personale dipendente e non dipendente dell'azienda (comprese tematiche sulla trasparenza)	Direzione/Ufficio Formazione/SITA	Entro dicembre 2013 – effettuazione di 1 incontro	effettuazione di 3 incontri	effettuazione di 3 incontri
Successivamente alla mappatura delle aree a rischio, individuazione personale per programmi formativi aggiuntivi	Direzione/Ufficio Formazione/SITA/Responsabili e Dirigenti competenti		Dopo mappatura	
Successivamente alla mappatura delle aree a rischio, definizione dei programmi dei corsi di formazione destinati al personale che opera in settori particolarmente esposti alla corruzione	Direzione/Ufficio Formazione/SITA		Dopo mappatura	
Organizzazione ed effettuazione di corsi di formazione rivolti al personale che opera in settori particolarmente esposti alla corruzione	Direzione/Ufficio Formazione/SITA		Iniziative formative	Iniziative formative

### **2.3: INFORMAZIONE E SEGNALAZIONE**

Il presente piano sarà pubblicato nella home page del sito istituzionale [www.hsgerardo.org](http://www.hsgerardo.org) nell'apposita sezione denominata "Amministrazione trasparente".

L'Azienda Ospedaliera, intende garantire la massima diffusione dei principi previsti dalle norme anticorruzione e di quelli contenuti nel Piano, sia agli *stakeholders* interni, che esterni, mettendo a disposizione ogni strumento conoscitivo e di chiarimento per l'interpretazione e l'attuazione del Piano.

E' richiesto a tutti di:

- astenersi da comportamenti contrari a tali principi contenuti e procedure;
- indirizzare, per quanto di competenza, i propri collaboratori e indirizzarli al pieno rispetto di tali principi;
- riferire tempestivamente ai propri superiori e/o al Responsabile per la Prevenzione della corruzione o al SITA proprie rilevazioni e/o notizie fornite da stakeholder circa possibili casi o richieste di violazione delle norme.  
Le segnalazioni possono essere anche anonime;
- adottare misure correttive immediate quando richiesto dalla situazione e, in ogni caso, impedire qualunque tipo di ritorsione.

### **2.4: CONTROLLI**

Il Responsabile della Prevenzione e Anticorruzione è incaricato:

- 1) di vigilare sul funzionamento e osservanza del Piano nonché a proporre modifiche quando sono accertate violazioni o intervengono mutamenti nell'organizzazione o nelle attività;
- 2) di monitorare il rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti;
- 3) di monitorare i rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti che con la stessa stipulano i contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione etc., anche verificando relazioni di parentela o affinità fra titolari, soci, dipendenti dei soggetti e dipendenti dell'amministrazione;
- 4) di ricevere ed analizzare eventuali segnalazioni di violazioni del piano o di condotte illecite.

In materia di **controlli** il Responsabile per la prevenzione della corruzione –unitamente al SITA- elabora un programma nel quale sono previste:

- 1) La definizione delle modalità di controllo in termini di modalità e tempi di effettuazione degli stessi; tenendo presente che la responsabilità primaria del controllo delle attività resta demandata ai singoli Dirigenti e/o Responsabili e forma parte integrante delle responsabilità dirigenziali o di coordinamento ("controllo di linea");
- 2) la conduzione di attività di controllo periodica a campione su determinati ambiti attraverso sopralluoghi e/o audit;

- 3) azioni di coordinamento (anche attraverso incontri) con le altre funzioni aziendali che svolgono attività ispettive o di controllo;
- 4) indagini interne per l'accertamento di segnalate violazioni del Piano;
- 5) l'effettuazione di restituzione puntuale degli esiti dell'attività di verifica alla Direzione Strategica con eventuali ulteriori momenti in caso di sospette violazioni.

Gli **audit** pertanto potranno essere:

- 1) randomizzati
- 2) sulla base di denunce anche anonime
- 3) a seguito di "red flag" (campanelli d'allarme es. notizie apparse su mass-media, near miss).

#### **CRONOPROGRAMMA ATTIVITA' CONTROLLI**

<i>ADEMPIMENTI</i>	<i>Strutture coinvolte</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
<i>Definizione delle modalità e dei tempi di controllo con predisposizione di relativo planning</i>	Direzione /SITA	Entro dicembre		
<i>Conduzione attività di controllo</i>	In base al planning		Febbraio-Dicembre	Periodici
<i>Effettuazione restituzione puntuale degli esiti dell'attività di verifica alla Direzione Strategica con eventuali ulteriori momenti in caso di sospette violazioni.</i>	In base al planning		Febbraio-Dicembre	Periodici

#### **2.5: CODICE DI COMPORTAMENTO**

La legge 190/12 modifica, all'art. 1, c. 44, l'art. 54 D.Lgs 165/01 rubricato "Codice di Comportamento".

E' in corso di emanazione da parte del Governo un nuovo codice comportamentale dei dipendenti pubblici, che aggiorna, sostituendolo, quello del 28/11/2000, al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico.

Ciascuna Pubblica Amministrazione, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio Organismo Indipendente di Valutazione, definirà un proprio codice di comportamento che integrerà e specificherà quello adottato dal Governo.

Nell'attesa dell'ormai imminente pubblicazione (il codice è stato approvato l'8/03/2013 dal Consiglio dei Ministri – ved. **all. 2**) risultano presenti sul sito aziendale i Regolamenti disciplinari del personale dirigente e del comparto della scrivente Azienda (scaricabili dal sito aziendale) redatti secondo i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

La scrivente Azienda, inoltre, aderisce al "Codice Internazionale di condotta dei funzionari pubblici", allegato alla risoluzione 51/59 dell'Assemblea Generale ONU 12/12/1996, che in soli 6 articoli detta regole precise e chiare (**all. 3**).

### **SEZIONE 3**

## **PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'**

(Legge 190/12, D.Lgs 150/09 s.m.i., Legge 221/12 e D.Lgs in fase di adozione)

L'Azienda Ospedaliera San Gerardo, aderendo ai suggerimenti dell'emanando Decreto in tema di trasparenza e integrità, ritiene opportuno che il **Programma Triennale sia parte di una sezione del Piano per la Prevenzione della Corruzione.**

Il D.Lgs 150/09 e l'emanando decreto legislativo, hanno introdotto una nuova nozione di trasparenza, innovando completamente il precedente sistema ed andando ad incidere prepotentemente sulla normativa introdotta dalla L. 241/90.

Quest'ultima, infatti, sebbene all'epoca della sua emanazione, venisse considerata una "Magna Charta" dei diritti dei cittadini nei confronti della Pubblica Amministrazione, avendo introdotto, seppur con limitazione, il diritto di accesso alla documentazione amministrativa, di fatto oggi cede il passo ad una accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle PP.AA.

Tale innovazione comporta l'accesso dell'intera collettività a tutte le "informazioni pubbliche" secondo il paradigma statunitense della libertà di informazione, allo scopo di favorire – come previsto nel disegno di legge in fase di approvazione – *"forme diffuse di controllo per il perseguimento delle funzioni istituzionali e nell'utilizzo delle risorse pubbliche"*.

Con riferimento alla legalità ed alla cultura dell'integrità, la pubblicazione di informazioni pubbliche risulta strumentale alla prevenzione della corruzione.

La trasparenza pertanto risulterebbe il mezzo, attraverso cui prevenire situazioni in cui possono annidarsi illeciti e conflitti di interesse.

La trasparenza presenta un duplice profilo:

- un profilo "statico" relativo alla pubblicità di categorie di dati attinenti alle PP.AA.;
- un profilo "dinamico", correlato alla performance.

La pubblicità dei dati sull'organizzazione, i procedimenti ed i servizi si inserisce nell'ambito del "miglioramento continuo" connaturato al ciclo della performance anche grazie all'apporto partecipativo degli *stakeholders* (cfr. "Il sistema di misurazione e valutazione della performance" pubblicato sul sito aziendale).

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici ed alla corretta gestione delle risorse, la trasparenza dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'attività dell'Azienda Ospedaliera, con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione della collettività, nonchè potenziare le dinamiche dei controlli.

Il principio della trasparenza non si esaurisce quindi nella pubblicazione dei dati, ma si attua anche attraverso altre iniziative volte ad "elevare" i livelli di trasparenza.

In tale prospettiva si richiamano alcune iniziative della scrivente Azienda: le “**Giornate della trasparenza**” di cui all’art. 11, c. 6, D.Lgs 150/09 ed altri “incontri” informativi rivolti al personale aziendale, ma anche ai cittadini.

In tali occasioni verrà anche presentato il presente Piano.

### **3.1: DATI DA PUBBLICARE**

Ai sensi della normativa vigente e di quella in fase di adozione, dovranno essere pubblicati nel sito istituzionale:

- documenti;
- informazioni;
- dati riguardanti l’attività dell’Ente.

Come precisato dalla normativa, tuttavia, non va trascurata la disciplina della protezione dei **dati personali**, al fine di realizzare un giusto temperamento tra i due valori costituzionalmente garantiti.

Pertanto, il diritto dei cittadini di conoscere l’assetto strutturale ed il modo di operare delle PP.AA. deve essere conformato al rispetto del principio di proporzionalità (artt. 3 e 11 D.Lgs 196/03 “*Codice in materia di protezione dei dati personali*”).

Vale a dire che i dati pubblicati dall’Azienda Ospedaliera e i modi di pubblicazione saranno pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità della legge, sempre nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati.

Per quanto concerne i **dati sensibili** (es. dati di soggetti appartenenti a categorie protette, etc.), e quelli **giudiziari**, verrà prestata particolare attenzione alla modalità di pubblicazione (es. anonimizzazione dati, inaccessibilità da parte dei motori di ricerca, limitazioni a parte di documenti, etc.), fermo restando il divieto di pubblicare i dati inerenti lo stato di salute.

Le notizie relative allo svolgimento delle prestazioni di chiunque sia addetto a una funzione pubblica e la relativa valutazione sono accessibili.

#### **Sono esclusi dalla disciplina della trasparenza:**

- i dati cosiddetti “**sensibilissimi**” (es. quelli idonei a rivelare lo stato di salute); le notizie se non nei casi previsti dalla Legge sulla natura dell’infermità e degli impedimenti personali o familiari legati all’astensione dal lavoro nonché, le componenti della valutazione;
- quanto escluso dall’art. 24, c. 1 e 6 della L. 241/1990 e s.m.i. qui riportati:

comma 1

- a) *per i documenti coperti da segreto di Stato ai sensi della legge 24 ottobre 1977, n. 801, e s.m.i., e nei casi di segreto o di divieto di divulgazione espressamente previsti dalla legge, dal regolamento governativo di cui al comma 6 e dalla PP.AA. ai sensi del c. 2 del presente articolo;*
- b) *nei procedimenti tributari, per i quali restano ferme le particolari norme che li regolano;*

- c) *nei confronti dell'attività della P.A. diretta all'emanazione di atti normativi, amministrativi generali, di pianificazione di programmazione, per i quali restano ferme le particolari norme che ne regolano la formazione;*
- d) *nei procedimenti selettivi, nei confronti dei documenti amministrativi contenenti informazioni di carattere psico-attitudinale relativi a terzi;*  
comma 6. Con Regolamento, adottato ai sensi dell'art. 17, c. 2 della L. 23/08/1988 n. 400, il Governo può prevedere per casi di sottrazione all'accesso di documenti amministrativi:
- a) *quando, al di fuori delle ipotesi disciplinate dall'art. 12 della L. 24/10/1977, n. 801, dalla loro divulgazione possa derivare una lesione, specifica e individuata, alla sicurezza e alla difesa nazionale, all'esercizio della sovranità nazionale e alla continuità e alla correttezza delle relazioni internazionali, con particolare riferimento alle ipotesi previste dai trattati e dalle relative leggi di attuazione;*
- b) *quando l'accesso possa arrecare pregiudizio ai processi di formazione, di determinazione e di attuazione della politica monetaria e valutaria;*
- c) *quando i documenti riguardano le strutture, i mezzi, le dotazioni, il personale e le azioni strettamente strumentali alla tutela dell'ordine pubblico, alla prevenzione e alla repressione della criminalità con particolare riferimento alle tecniche investigative, alla identità delle fonti di informazione e alla sicurezza dei beni e delle persone coinvolte, all'attività di Polizia Giudiziaria e di conduzione delle indagini;*
- d) *quando i documenti riguardano la vita privata o la riservatezza di persone fisiche, persone giuridiche, gruppi, imprese e associazioni, con particolare riferimento agli interessi epistolari, sanitario, professionale, finanziario, industriale e commerciale di cui siano di concreto titolari, ancorchè i relativi dati siano forniti all'amministrazione dagli stessi soggetti a cui si riferiscono;*
- e) *quando i documenti riguardano l'attività in corso di contrattazione collettiva nazionale di lavoro e gli atti interni connessi all'espletamento del relativo mandato.*

Nella tabella di sintesi allegata al presente documento (**all. 4**) sono indicate:

- la sezione del sito per la pubblicazione
- le categorie di dati la cui pubblicazione è prevista dalle disposizioni normative
- gli interventi da realizzare
- la tempistica di adempimento
- lo stato di attuazione della pubblicazione
- la struttura competente alla pubblicazione

Come previsto dall'emanando Decreto, i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, **rimangono pubblicati per 5 anni**, decorrenti dal 1 gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, salvo termini diversi, previsti dalla normativa.

Alla scadenza dei termini di pubblicazione, i documenti, le informazioni e i dati verranno conservati con modalità da definire.

### **3.2: MODALITA' DI PUBBLICAZIONE DEI DATI**

I dati saranno pubblicati in modo da assicurare:

- l'integrità;
- l'aggiornamento;
- la completezza;
- la tempestività;
- la semplicità di consultazione;
- la comprensibilità;
- l'omogeneità;
- l'accessibilità;
- la conformità agli originali;
- l'indicazione della provenienza;
- la riutilizzabilità, senza altre restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e rispettarne l'integrità;
- la forma "aperta" ai sensi dell'art. 68 del Codice dell'Amministrazione digitale, di cui al D.Lgs 82/2005 e s.m.i..

La pubblicazione avverrà secondo le indicazioni normative ed in particolare le "linee guida per i siti web della P.A. 2011" pubblicate sul sito del Ministero per la Pubblica Amministrazione e la semplificazione.

A tal fine si riporta di seguito un cronoprogramma diretto a introdurre in ambito aziendale **sistemi univoci delle modalità di pubblicazione**, con particolare riferimento a:

- formato dei dati,
- tipologia qualitativa e quantitativa (contenuti minimi) delle informazioni da pubblicare,
- loro classificazione
- semantica da utilizzare.

Particolare attenzione verrà dedicata agli strumenti di verifica dell'efficacia delle iniziative, oltre che dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione.

#### **CRONOPROGRAMMA FASI PUBBLICAZIONE**

ADEMPIMENTI	STRUTTURE COINVOLTE	2013	2014	2015
Indicazioni Operative Aziendali/Procedure	Direzione/SITA/URP/AGL/Qualità	12/2013	Aggiornam.	Aggiornam.
Organizzazione ed effettuazione di momenti informativi a tutto il personale (per compiti e sanzioni etc.)	Direzione/SITA/URP/Formazione	Vedasi Formazione Sez. II	Vedasi Formazione Sez. II	Vedasi Formazione Sez. II
Organizzazione e effettuazione formazione specifica per referenti (per compiti e sanzioni etc.)	Direzione/SITA/URP/Formazione	Vedasi Formazione Sez. II	Vedasi Formazione Sez. II	Vedasi Formazione Sez. II
Sistemazione dati già pubblicati (riferimento alle indicazioni operative aziendali)	Tutte le UUOO interessate		Sistemazione	Aggiornam.
CONTROLLI (su pubblicazioni e aggiornamenti)	Tutte le UUOO interessate/SITA/URP/Qualità/	Monitoraggio costante	Monitoraggio costante	Monitoraggio costante

Il programma per la Trasparenza e l'Integrità in quanto sezione del Piano per la Prevenzione della Corruzione, sarà pubblicato nella home page del sito istituzionale [www.hsgerardo.org](http://www.hsgerardo.org) nell'apposita sezione denominata "Amministrazione trasparente".

In sede di prima applicazione, lo stato di attuazione sarà pubblicato entro il 15/12/2013 (coincidente con la relazione del piano anticorruzione).

Successivamente il relativo stato di attuazione sarà pubblicato semestralmente.

Le versioni precedenti del Programma e degli stati d'attuazione verranno lasciati a disposizione sul sito.

Nel sito verrà inserito un prospetto riepilogativo in formato aperto, con le date di adozione del programma e degli stati di attuazione.

### **3.3: INIZIATIVE PER LA TRASPARENZA**

L'Azienda Ospedaliera si farà promotrice di specifiche iniziative per presentare il Programma per la trasparenza a livello pubblico.

Gli strumenti per raggiungere tale scopo vengono sin d'ora identificati in:

1. **giornate per la "trasparenza"** già citate in precedenza, per la presentazione di tutto il presente piano, del suo stato di attuazione, nonché del sistema di misurazione e valutazione della "performance" aziendale.  
Tali giornate avranno altresì lo scopo di fornire un panorama dell'attività dell'Azienda ospedaliera delle risorse, dei servizi erogati, delle *best practices* e dei risultati conseguiti;
2. **forme di coinvolgimento dei cittadini e associazioni di consumatori** (es. Cittadinanza attiva) in materia di trasparenza e integrità (questionari, convegni, opuscoli, consultazioni). Gli scopi sono quelli di:
  - a) ottenere i *feedback* da parte degli utenti per individuare le aree a maggiore rischio di mancata trasparenza e integrità (questionari);
  - b) facilitare la reperibilità e uso delle informazioni contenute nei siti delle pubbliche amministrazioni e il collegamento delle informazioni fornite ai servizi pubblici (opuscoli);
  - c) sollecitare proposte per l'implementazione della trasparenza.
3. **creazione di spazi (ad esempio nella forma di FAQ e guide sintetiche) all'interno del sito aziendale.** Gli scopi sono quelli di:
  - dare spazio a rispondere ai suggerimenti e *feedback* pervenuti dal pubblico;
  - eliminare la distanza tra cittadini e pubbliche amministrazioni.
4. **creazione di un network con altri Enti** (Aziende Ospedaliere, ASL, Comuni ed Enti del Territorio) mediante organizzazione di seminari, convegni, ecc. in materia di trasparenza e integrità per condividere esperienza, documenti, idee.

## 5. miglioramento e aggiornamento “Carta dei servizi”

### CRONOPROGRAMMA

ADEMPIMENTI	STRUTTURE COINVOLTE	2013	2014	2015
Giornate per la trasparenza	Organizzazione: Direzione/SITA/URP/AGL/ Qualità/Formazione  Coinvolgimento di tutte le UUOO	programmazione	iniziativa	iniziativa
Forme di coinvolgimento di cittadini e associazioni (es. questionari, opuscoli, consultazioni)	Direzione/SITA/URP/Formazione	programmazione	iniziativa	iniziativa
Creazione di spazi all'interno del sito aziendale (es. FAQ)	Direzione/SITA/URP/SIA		Studio	realizzazione
Creazione di un network con altri Enti	Direzione/SITA/URP/SIA/ AGL		Programmazione	realizzazione
Miglioramento “CARTA DEI SERVIZI”	Direzione/URP	In fase di miglioramento	Aggiornamento	aggiornamento

### **3.4: COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE**

“Il sistema di misurazione e valutazione della performance”, pubblicato sul sito aziendale, costituisce uno strumento fondamentale attraverso cui la “trasparenza” si concretizza.

La trasparenza della performance aziendale si attua attraverso due momenti:

- uno **statico**, attraverso la definizione delle modalità di svolgimento del ciclo della performance, dichiarato ne “Il sistema di misurazione e valutazione della performance”;
- l'altro **dinamico**, attraverso la presentazione del “Piano della performance” e la rendicontazione dei risultati dell'amministrazione aziendale contenuta nella “Relazione sulla performance”.

Il Sistema, il Piano e la Relazione sono pubblicati sul sito aziendale.

Il Piano è un documento programmatico triennale in cui sono esplicitati gli obiettivi strategici, gli indicatori e i valori attesi, riferiti ai diversi ambiti di intervento e alle articolazioni aziendali interessate. Il Piano è l'elemento cardine del processo di programmazione e pianificazione, prodotto finale dei processi decisionali e strategici definiti dall'alta direzione in coerenza con le politiche sanitarie regionali e punto di partenza e di riferimento per la definizione, l'attuazione e la misurazione degli obiettivi e per la rendicontazione dei risultati aziendali.

La Relazione sulla performance è, invece, il documento che evidenzia i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati, alle risorse utilizzate e al bilancio di genere realizzato.

L'attuazione della disciplina della trasparenza è un'area strategica della programmazione aziendale, che richiede un concorso di azioni positive di tutto il personale ospedaliero, sia per la realizzazione che per i controlli.

**Si valuterà altresì l'inserimento, a partire dal 2014, tra gli obiettivi aziendali individuali (in particolare quelli di budget), di iniziative in materia di trasparenza e prevenzione corruzione.**

### **3.5: POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA**

art.1 c. 29 L.190/2012, art. 11 c. 5 D.Lgs 150/09, L. 221/12

L'Azienda ha reso noto, tramite il proprio sito web istituzionale, un indirizzo di posta elettronica certificata - [protocollo@pec.hsgerardo.org](mailto:protocollo@pec.hsgerardo.org) cui il cittadino può rivolgersi per trasmettere istanze e richieste di informazione.

L'indirizzo è reperibile sulla home page del sito istituzionale, nel parte sinistra del *footer*.

E' prevista la predisposizione dell'elenco delle caselle di posta elettronica certificata aziendali attive, da realizzarsi entro il termine dell'anno corrente, dedicate a specifici settori/strutture organizzative aziendali che hanno un significativo grado di impatto con l'utenza esterna e/o altri enti istituzionali (art. 54, comma 1 lett.d D.Lgs. 82/2005)

## **SEZIONE 4**

### **INTEGRAZIONE DEL PRESENTE PIANO NELL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE**

La condivisione del presente piano da parte della Direzione Strategica, dei Dirigenti e del personale costituisce la base per integrarne i contenuti nelle competenze e funzioni quotidiane.

Poiché, tuttavia, la promozione della legalità in senso lato – intendendosi in tal modo non solo la commissione dei reati, ma la correttezza comportamentale - è un processo importante, lungo e delicato, occorre un impegno profondo diretto a sviluppare sempre di più una cultura rispettosa dell'interesse pubblico.

Per costruire tale ambizioso percorso si ritiene indispensabile coinvolgere tutti gli organi/organismi/sistemi aziendali che, in modo diretto o indiretto si occupano di migliorare la qualità delle prestazioni e dei servizi o di valutarne i risultati, oppure di verificare e controllare la regolarità delle azioni.

Una forte integrazione, unitamente ad una condivisione di metodi e strategie renderà l'attuazione del Piano più efficiente ed i controlli più efficaci.

La metodologia di lavoro viene ravvisata in:

- presentazione del piano;
- momenti di confronto (definizione modalità, ecc.);
- flussi di informazioni;
- iniziative congiunte.

#### **4.1: IL SISTEMA DI QUALITÀ AZIENDALE ED IL RISK MANAGEMENT**

Il Sistema Gestione Qualità dell'A.O. è strutturato per essere al contempo sia un sistema di "**gestione della qualità**" delle proprie prestazioni nel senso che tende al mantenimento e miglioramento dei livelli "contrattualmente" predefiniti dei propri servizi, sia un sistema di "**gestione per la qualità**", nel senso di fondarsi su una solida base documentale ed organizzativa che regga nel tempo il miglioramento continuo rispetto agli standard di riferimento identificati.

Il Sistema Gestione Qualità dell'A.O. si sovrappone strutturalmente all'organizzazione dell'Azienda sommando, integrando o scegliendo tra i vari modelli di riferimento quello più

confacente: la conformità alla Norma ISO 9001 per le strutture gestionali, amministrative e tecniche di tutta l'azienda e gli standard di eccellenza JCI per Ospedali, previsti dal progetto della Regione Lombardia per tutti gli ambiti clinico - sanitari e, infine, la Circolare n.46/san del 27/12/2004 "Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario (Risk management)".

In tal senso, l'Ufficio Qualità e Accreditamento, unitamente all'Ufficio rischio clinico, supporteranno le varie strutture aziendali nel **risk assessment** e nella definizione di azioni correttive.

Il Presente Piano dovrà costantemente integrarsi con quelli della Qualità e della Gestione del Rischio, soprattutto in tema di progetti, di azioni prioritarie e di miglioramento delle procedure aziendali.

Il **Risk Manager** definisce piani diretti alla prevenzione degli eventi avversi ed alla tutela della sicurezza dei pazienti (DGR n. 7289/2008).

Nei piani Risk dei prossimi due anni potrebbe essere previsto un progetto dedicato alla realizzazione nel settore dei Dipartimenti sanitari di best practices per prevenire situazioni di rischio di illegalità.

#### **4.2: IL CODICE ETICO COMPORTAMENTALE E L'ORGANISMO DI VIGILANZA (ODV)**

Il **Codice etico-comportamentale**, adottato con provvedimento n. 368 del 28.6.2007, rappresenta un importante strumento per l'esternalizzazione dei principi che ispirano l'attività dell'Azienda ospedaliera. In esso vengono definiti i valori ai quali deve uniformarsi il comportamento dei soggetti che in essa operano e che con essa interagiscono.

Il Codice Etico svolge una funzione di prevenzione dei comportamenti irresponsabili o illeciti da parte di chi opera in nome e per conto dell'ente di riferimento, definisce le responsabilità etiche e sociali degli operatori e dei diversi *stakeholders* di riferimento.

Le norme che disciplinano la materia sono le seguenti:

- la DGR n. 3776 del 13 dicembre 2006 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2007", c.d. "regole di sistema";
- l'allegato 13 della DGR n. 3776 del 13 dicembre 2006 "Linee guida regionali per l'adozione del codice etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere"; le linee guida attuative regionali allegata alla circolare prot. n. H1.2006.0054879 del 21.12.2006;
- le linee guida regionali in materia di aggiornamento del Codice Etico-comportamentale approvate con Decreto del Direttore Generale della Direzione Generale Sanità n. 2298 dell'11.3.2010;
- l'art. 13 bis della L.R. 30.12.2009, n. 33, così come modificata dalla L.R. 7.3.2011, n. 6;

- la D.G.R. n. IX/1596 del 20.4.2011 avente ad oggetto “D.G.R. n. IX/1151 del 29.12.2010 - Determinazioni per i soggetti del sistema regionale per l'anno 2011- Ulteriori determinazioni” ;
- la D.G.R. n. IX/4881 del 21.2.2013 avente ad oggetto “Adeguamento, implementazione e aggiornamento del Codice etico-comportamentale (Richiesta di parere alla commissione consiliare)”.

Nella legge regionale n. 6/2011 è stata prevista, altresì, la costituzione, all'interno di ciascuna azienda, di un **Organismo di Vigilanza (OdV)** con il compito di verificare l'efficacia e la corretta applicazione del Codice etico-comportamentale.

L'OdV è distinto dal Collegio Sindacale e dal Nucleo di Valutazione della performance, con funzioni e compiti propri che non si sovrappongono, né confliggono, con quelli di tali organismi.

L'OdV svolge le funzioni previste dalle fonti normative di cui all'art. 2 e dalle Linee guida della Regione Lombardia. In particolare, spetta all'ODV:

- vigilare sull'effettiva applicazione del Modello verificando la coerenza tra i comportamenti teorici ed i comportamenti di fatto;
- analizzare l'adeguatezza del Modello, verificando la sua capacità di prevenire di fatto i comportamenti non voluti;
- vigilare circa il mantenimento nel tempo dei requisiti di solidità e funzionalità del Codice.
- curare il necessario aggiornamento dinamico del Codice, nel caso in cui le analisi operate rendano necessarie effettuare correzioni ed adeguamenti.

L'OdV è composto da:

- un professionista esperto con competenze legali in ambito sanitario;
- un esperto in materie sanitarie;
- un professionisti esperti in materie aziendali, con comprovate conoscenze ed esperienza in materie di *social accountability*, bilancio sociale, Codice Etico e/o pianificazione ed organizzazione aziendale, controllo di gestione, analisi dei rischi.

Poiché l'ODV ha funzioni prettamente di verifica e controllo (anche in relazione a comportamenti che non si configurano come solo violazioni del codice, ma anche come ipotesi di reato), verranno individuate modalità per ricondurre tali attività nell'area dei controlli previsti nel piano triennale anticorruzione.

Il regolamento di funzionamento dell'ODV è parte integrante del documento “Codice etico-comportamentale”, pubblicato sul sito aziendale.

Per il cronoprogramma delle iniziative si rimanda al termine della presente sezione.

#### **4.3: IL COLLEGIO SINDACALE**

Il Collegio Sindacale è organo dell'Azienda Ospedaliera, unitamente al Direttore Generale e al Collegio di Direzione.

Il Collegio Sindacale svolge, secondo quanto stabilito dall'ordinamento, le funzioni di verifica dell'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico ed il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile. Inoltre, vigila sull'osservanza delle leggi e compie verifiche di carattere finanziario e contabile.

Sono sottoposti a controllo del Collegio Sindacale tutti gli atti aventi natura provvedimento adottati dal Direttore Generale.

Anche per tale Organo valgono le considerazioni espone per l'ODV.

#### **4.4: IL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE (NVP)**

Il Nucleo di Valutazione delle Performance (NVP) è istituito in applicazione, nelle aziende sanitarie lombarde, della disciplina legislativa in materia di sistema di valutazione del personale e dell'attività delle strutture organizzative aziendali e di misurazione delle performance di cui al D. L.gs. n. 150/2009.

La normativa regionale in materia è ampia:

- la L.R. n. 14 del 6.8.2010 ha stabilito che l'Organismo Indipendente di Valutazione delle Performance di cui alla L.R. n. 20/2008 –come modificato dalla L.R. n. 13/2010, art. 7, comma 2- coordini i Nuclei di Valutazione degli Enti, di cui all'Allegato A1 della L.R. n. 30/2006, tra cui sono comprese le aziende sanitarie;
- con D.G.R. n. IX/001029 del 22.12.2010, è stato previsto il ruolo di raccordo tra l'OIV di Sistema e gli OIV degli Enti del Sistema Regionale, nonché le rispettive funzioni, denominando tali OIV Nuclei di Valutazione delle Performance/Prestazioni – NVP;
- la D.G.R. n. IX/001151 del 29.12.2010 fa rinvio alle linee guida fornite dall'OIV di Sistema di Regione Lombardia in relazione a composizione e funzione degli NVP- evidenziando la funzione di misurazione delle performance di Ente e quella principale di certificazione dell'adeguatezza dei sistemi di valutazione implementati e il raccordo tra OIV/NVP;
- la D.G.R. n. IX/001596 del 22.4.2011, ha definito la composizione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e l'entità dei compensi da erogare ai suoi componenti;
- il Decreto regionale n. 4914 del 30.5.2011 e s.m.i. ha stabilito le linee guida agli Enti del Sistema Regionale – Nuclei di Valutazione delle Prestazioni.

Il NVP svolge le funzioni previste dalle fonti normative di cui sopra e dalle Linee guida della Regione Lombardia.

In particolare, al Nucleo compete:

- a) verificare il rispetto dei principi del merito assicurando l'esercizio di un certo grado selettivo della valutazione;
- b) verificare l'effettiva e corretta identificazione delle performance, attraverso la definizione di relativi obiettivi, indicatori e target, perseguiti nell'esercizio di riferimento in piena coerenza con il sistema di programmazione regionale;
- c) verificare l'attribuzione degli obiettivi in attuazione delle performance assegnati ad ogni singolo dirigente;
- d) valutare la correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance;
- e) verificare la correttezza della valutazione delle performance individuali del personale secondo i principi di merito e di equità;
- f) programmare e sviluppare continue azioni di sostegno e supporto allo sviluppo dei sistemi gestionali interni di programmazione e controllo e gestione del personale;
- g) assicurare il coordinamento e lo scambio di informazioni con l'Organismo Indipendente di Valutazione del sistema;
- h) verificare la correttezza delle applicazioni contrattuali e dei regolamenti interni all'amministrazione nell'ambito di propria competenza.

Le suindicate funzioni sono esercitate dal NVP sulla base della documentazione proveniente dagli Uffici Aziendali, delle informazioni richieste ai medesimi, nonché, ove del caso, della cognizione delle rimostranze eventualmente espresse ed acquisite dal personale.

**Il Nucleo svolge un controllo costante e sistematico sull'appropriatezza ed effettività del ciclo di gestione della performance.**

L'attuale nucleo di valutazione svolge le funzioni così come previste dalle linee Guida Regionali.

Considerato l'art. 14, c 2, D. Lgs 150/09 relativo alle nuove funzioni di controllo strategico che competerebbero all'OIV, si prevede nel corso del triennio una rivisitazione da parte regionale delle competenze del Nucleo di Valutazione delle performances, al fine di implementarne le competenze per:

- monitorare il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza, e dell'integrità dei controlli interni;
- elaborare una relazione annuale sullo stato del funzionamento di cui al punto precedente;
- comunicare le criticità agli Organi interni ed alla Corte dei Conti;
- validare la relazione sulla performance di cui all'art. 10 D. Lgs. n. 150/09;
- assicurare la visibilità di detta relazione attraverso la pubblicazione sul sito dell'Amministrazione;
- garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione;
- garantire l'utilizzo dei premi di cui al capo II del titolo III D.Lgs 150/09 alla luce dei:
  - controlli collettivi nazionali;
  - controlli integrativi aziendali;
  - regolamenti interni dell'Amministrazione;

- principi di valutazione annuale del merito e della professionalità;
- proporre all'organo decisionale la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi di cui al titolo III del D. L.gs. n. 150/09;
- essere responsabile della corretta applicazione delle Linee Guida delle metodologie e degli strumenti proposti dalla Commissione Centrale e dalle Direttive Regionali;
- promuovere ed attestare gli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità di cui al titolo II D.Lgs 150/09;
- verificare i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità;
- curare le indagini tra il personale per rilevare il benessere organizzativo ed il grado di condivisione del sistema di valutazione;
- curare la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale.

Le nuove competenze del NVP che dovrebbero scaturire sulla base di quanto sopra indicato imporrebbero anche una Nuova regolamentazione delle attività del citato organismo, con un significativo aggiornamento anche dei controlli correlati, che diverrebbero parte integrante del presente piano.

L'attuale regolamento di funzionamento del NVP è pubblicato sul sito.

#### CRONOPROGRAMMA FASI INTEGRAZIONE PIANO

ADEMPIMENTI	STRUTTURE COINVOLTE	2013	2014	2015
INCONTRO PER PRESENTAZIONE PIANO A COLLEGIO SINDACALE/NVP/ODV	Direzione/Responsabile/SITA/UE Controllo di Gestione/AGL	Entro giugno	Entro marzo	Entro marzo
PROPOSTA DI MODIFICA REGOLAMENTO NVP	Direzione/UE Controllo di Gestione	Entro dicembre		
PROPOSTE PER INTEGRAZIONE PIANO	Collegio Sindacale/NVP/ODV		Entro dicembre	
DEFINIZIONE MODALITÀ COLLABORAZIONE	Direzione/Responsabile/SITA Collegio sindacale/NVP/ODV		Entro dicembre	

#### **4.5: CONTROLLI REGIONALI**

L'attività di controllo da parte delle Regioni sugli atti fondamentali si è notevolmente ridotta a seguito della riforma introdotta DLgs 502/92 e smi.

**Gli unici provvedimenti soggetti al controllo della Regione sono l'atto aziendale, i bilanci e le convenzioni con l'Università.**

Altri controlli sono attinenti alle valutazioni sul raggiungimento degli obiettivi e sui risultati aziendali, anche al fine di confermare o revocare l'incarico del Direttore Generale, nonché ulteriori verifiche circa il rispetto degli accordi contrattuali per l'accreditamento (anche attraverso l'ASL).

Tuttavia, il D. L.gs. n. 150/2009 ha delineato, tra l'altro, un potenziamento dei controlli interni alla Pubblica Amministrazione e l'art. 1, comma 6 del D. L.gs n. 164/2012, convertito con L. n. 213/2012 ha previsto la trasmissione annuale da parte del Presidente della Regione alla Sezione regionale di controllo della Corte dei Conti, di una relazione sulla regolarità della gestione e sull'efficacia e sull'adeguatezza del sistema dei controlli interni.

Alla luce di ciò, l'art. 48 dello Statuto della Lombardia ha stabilito che gli Enti del Sistema Regionale siano "*sottoposti al controllo e alla vigilanza della Regione*".

L'A.O. San Gerardo è stata e sarà, pertanto, oggetto di attività di *audit* da parte di Regione Lombardia diretti a verificare l'efficacia dei controlli interni all'Azienda, la conformità delle procedure e dei processi alle norme, l'effettiva implementazione delle raccomandazioni relative agli *audit* effettuati.

Nel corso del 2013 l'A.O. San Gerardo sarà proprio oggetto di *audit* da parte della "*U.O. Sistemi di controlli e coordinamento organismi indipendenti*" di Regione Lombardia sui processi di acquisizione di beni e servizi.

L'esito di tale controllo sarà oggetto di un approfondimento da parte del SITA, nell'ottica di implementare azioni per la prevenzione di illeciti.