



## Sommario

PREMESSA .....	3
1. FONTI NORMATIVE .....	4
Ulteriori documenti di riferimento .....	5
2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE.....	6
3. OGGETTO E FINALITA' DEL PTPC .....	7
4. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT) E I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	8
Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) .....	8
Altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, ruoli e responsabilità.....	9
5. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	14
6. METODOLOGIA E STRUMENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	15
7. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO .....	16
8. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E MAPPATURA DEI PROCESSI .....	18
9. VALUTAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO .....	19
10. TRATTAMENTO DEI RISCHI - MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....	19
LE MISURE GENERALI.....	20
Formazione.....	20
Trasparenza .....	21
Tutela del whistleblower .....	22
Codice etico e di comportamento.....	23
Rotazione del personale e segregazione delle funzioni .....	25
Gestione dei conflitti di interesse.....	28
Misure ulteriori di prevenzione di natura trasversale.....	30
LE MISURE SPECIFICHE .....	32
11. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE .....	63
12. PIANO DELLA TRASPARENZA .....	63
13. L'ISTITUTO DELL' ACCESSO CIVICO .....	67
14. IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE .....	68
15. LE SANZIONI.....	68
DISPOSIZIONI FINALI.....	68

### Allegati:

- Allegato 1 "Registro dei Rischi - PTPC 2024-2026 ASST Monza"
- Allegato 2 "Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità"
- Allegato 3 "Elenco degli obblighi di pubblicazione".
- Allegato 4 "*Cronoprogramma degli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza*"

---

## PREMESSA

---

Il presente documento costituisce il PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) 2024-2026 della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori e si configura come aggiornamento del precedente Piano 2023-2025, con recepimento delle indicazioni dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo di Regione Lombardia.

La legge n. 190/2012 stabilisce che le Amministrazioni Pubbliche di cui all'art. 1, co. 2 del D. Lgs. n. 165/2001, debbano adottare un Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) ai sensi dell'art. 1, co. 5 e 60 della stessa legge.

**Il PTPC della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori** non è inteso né come un mero adempimento amministrativo, né come un ulteriore regolamento aziendale, bensì come una risposta puntuale, fondata sulla mappatura dei processi ed analisi dei rischi, volta a prevenire ogni condotta che possa dar luogo a fenomeni corruttivi e, in senso più ampio, come strumento finalizzato a prevenire condotte illecite nella gestione degli interessi pubblici, nonché a garantire la trasparenza, la legalità e la legittimità dell'attività amministrativa.

Pertanto, con il PTPC è possibile perseguire, nell'ambito delle strategie di prevenzione, i seguenti principali obiettivi:

- ridurre il rischio che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- garantire la massima trasparenza degli atti e dell'azione organizzativa.

Altro contenuto indefettibile del PTPC riguarda la definizione delle misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza. La soppressione del riferimento esplicito al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità per effetto della nuova disciplina dettata dall'art. 10, co. 1 del D.Lgs. n. 33/2013, come novellato dal D.Lgs. n. 97/2016, comporta che l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non sia oggetto di un separato atto, ma sia parte integrante del PTPC come "apposita sezione".

La Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, in coerenza con le novità legislative intervenute, ha provveduto alla redazione del **Piano per la trasparenza** quale apposita sezione, parte integrante, del presente PTPC, nella quale sono illustrate le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente in materia.

In esso vengono anche chiaramente identificati i Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni.

Il presente PTPCT è redatto secondo criteri di semplicità ed intelligibilità allo scopo di renderlo il più possibile uno strumento di agevole fruizione per tutto il personale, i collaboratori e gli **stakeholders** dell'Azienda.

Nell'elaborazione del PTPCT 2024 - 2026 e nella definizione delle misure di prevenzione della corruzione si è data partecipazione agli **stakeholders** anche attraverso comunicati mirati, in una logica di sensibilizzazione dei cittadini e delle imprese alla cura della legalità.

Nella logica di un'effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione, al **Direttore Generale**, quale Organo di indirizzo, compete l'individuazione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art. 1, co 8 D. Lgs. n. 33/2013, come novellato dall'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016). Detti obiettivi sono esplicitati nel Piano Triennale delle Performance dell'ASST Monza, aggiornato annualmente. Tra questi, già l'art. 10, co 3, del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni Amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali.

Anche il **Nucleo di Valutazione delle Prestazioni** (NVP) è chiamato a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle Amministrazioni e delle performance degli uffici e dei dirigenti responsabili. Detto organismo, anche ai fini della validazione della relazione annuale sulle performance, verifica che gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale siano coerenti con i contenuti del PTPCT e che nella

valutazione e misurazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e agli obblighi di trasparenza. Inoltre è organizzato un incontro annuale di raccordo tra i due organismi.

L'art. 6 del Decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge 113 del 6 agosto 2021, introduce per tutte le amministrazioni, nell'ottica della semplificazione amministrativa e al fine di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi, il **Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO)**. Il PIAO è un documento di durata triennale che, assorbendo i piani di programmazione che l'amministrazione è tenuta ad approvare annualmente, si pone quale strumento unico, all'interno del quale è prevista un'apposita Sezione riguardante la programmazione degli "strumenti e fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione" (Sezione prevenzione della corruzione e trasparenza).

A tal fine in data 24.12.2024 è stato pubblicato sul sito web aziendale l'avviso di consultazione per l'elaborazione del PIAO – Sezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza, mento del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza e per l'aggiornamento del PTPCT 2023 - 2025 dell'ASST Monza, rivolto agli **stakeholders**; entro la data di scadenza della presentazione di contributi, non è pervenuta all'Azienda alcuna osservazione.

Considerato che i decreti di abrogazione dei piani assorbiti dal PIAO, al momento della stesura del presente PTPCT, non sono ancora stati adottati, si ritiene di redigere il PTPCT 2024 – 2026 secondo le previsioni normative e le indicazioni ANAC in materia di prevenzione della corruzione attualmente in vigore.

---

## 1. FONTI NORMATIVE

---

- L. n. 190/2012 e s.m.i. "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*";
- D. L. gs. n. 39 dell'8/04/2013 "*Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, L. 190/12*";
- D. L. gs. n. 33 del 14/03/2013 e s.m.i. "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell'informazione da parte delle pubbliche amministrazioni*";
- D. L. gs. n. 165 del 30/03/2001 "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*";
- D. L. gs. n. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i. "*Codice in materia di protezione dei dati personali*";
- D. L.gs. n. 150 del 27/10/2009 e s.m.i. "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*";
- D.P.C.M. del 16/01/2013 "*Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*";
- D.P.R. 16/04/2013, n. 62 "*Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30/03/2001, n. 165*";
- Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del 25/01/2013 "*Legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*" ;
- L. n. 124 del 7.8.2015, contenente "*Deleghe al governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*" - art. 7;
- D. L.gs. n. 50 del 18.4.2016 "*Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture*";
- D. L. gs. n. 97 del 25.5.2016 "*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012,*

*n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;*

- Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano;
- Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2 del 30/05/2017 - *Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)*;
- D. Lgs. n. 56 del 19.04.2017 *Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50*;
- legge 14 giugno 2019, n. 55, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 18 aprile 2019, n. 32, recante disposizioni urgenti per il rilancio del settore dei contratti pubblici, per l'accelerazione degli interventi infrastrutturali, di rigenerazione urbana e di ricostruzione a seguito di eventi sismici;
- Legge 27 dicembre 2019, n. 160 Legge di Bilancio 2020;
- Decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge 113 del 6 agosto 2021;
- Decreto legge n. 228 del 30 dicembre 2021.

### **Ulteriori documenti di riferimento**

- Linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione del "Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" del 13/03/2013;
- Deliberazione n. 72 dell'11.9.2013 della CIVIT -Commissione Indipendente per la Valutazione, Trasparenza e Integrità delle Amministrazioni pubbliche- (oggi ANAC) *“Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione”*;
- Delibera n. 12 del 28 ottobre 2015 dell'ANAC *“Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”*;
- Delibera n. 831 del 3.8.2016 dell'ANAC *“Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”*;
- Delibera n. 1310 del 28/12/2016 dell'ANAC *“Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs 33/2013 come modificato dal D.lgs 97/2016”*;
- Delibera n. 1208 del 22/11/2017 dell'ANAC *“Approvazione definitiva dell'aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”*;
- Delibera n. 1074 del 21/11/2018 dell'ANAC *“Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”*;
- Delibera n. 586 del 26.6.2019 dell'ANAC *“Obblighi di pubblicazione alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019”*;
- Delibera n. 1064 del 13.11.2019 *“Piano Nazionale Anticorruzione 2019”*;
- *“Atti di regolazione e normativi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza successivi al 'PNA 2019', Delibera n. 1064/2019“*dell'ANAC, aggiornate alla data del 16 luglio 2021;
- Linee guida, orientamenti, regolamenti. ecc. dell'ANAC pubblicati sul sito web [www.anticorruzione.it](http://www.anticorruzione.it);
- Piano annuale di attività 2020 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC).
- Piano Annuale di attività 2021 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC)
- Piano Annuale di attività 2022 dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC)
- Relazioni semestrali e annuali dell'Organismo Regionale per le Attività di Controllo (ORAC).

Il presente Piano tiene inoltre conto di tutti i provvedimenti, linee guida, circolari, indicazioni emanate dal Governo, dall'ANAC, da Regione Lombardia, dall'ORAC (Organismo Regionale per le Attività di Controllo), emessi durante l'emergenza sanitaria da COVID-19.

---

## 2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

---

La definizione di **fenomeno corruttivo** deve intendersi “... *in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si riscontri l’abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati*”.

La Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica amplia il concetto di corruzione ai fini dell’ambito di applicazione della L. n. 190/2012, chiarendo che le situazioni rilevanti sono più estese della fattispecie penalistica che, come noto, è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter del cod. penale, e sono tali da comprendere non solo l’intera gamma dei delitti contro la Pubblica Amministrazione disciplinati nel Titolo II, capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui -a prescindere dalla rilevanza penale- venga in evidenza un malfunzionamento dell’amministrazione a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite o dei compiti attribuiti, che possono rivestire carattere amministrativo, tecnico o sanitario.

Sono di seguito individuate le fattispecie tipiche più rilevanti ai fini della prevenzione di fatti illeciti:

- 1) Peculato (art. 314 c.p.);
- 2) Peculato mediante profitto dell’errore altrui (art. 316 c.p.);
- 3) Indebita percezione di erogazioni a danno dello Stato (art. 316-ter c.p.);
- 4) Concussione (art. 317 c.p.);
- 5) Corruzione per l’esercizio della funzione (art. 318 c.p.);
- 6) Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio (art. 319 c.p.);
- 7) Induzione indebita a dare o promettere utilità (art. 319 Quater c.p.);
- 8) Istigazione alla corruzione;
- 9) Abuso d’ufficio (art. 323 c.p.);
- 10) Utilizzazione d’invenzioni o scoperte conosciute per ragioni d’ufficio (art. 325 c.p.);
- 11) Rivelazione e utilizzazione di segreti d’ufficio (art. 326 c.p.);
- 12) Omissione o rifiuto di atti d’ufficio (art. 328 c.p.);
- 13) Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità (art. 331 c.p.);
- 14) Traffico di influenze illecite (art. 346 Bis c.p.);
- 15) Abusivo esercizio di una professione (art. 348 c.p.);
- 16) Turbata libertà degli incanti (art. 353 c.p.);
- 17) Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente (art. 353 bis c.p.);
- 18) Inadempimento di contratti di pubbliche forniture (art. 355 c.p.);
- 19) Frode nelle pubbliche forniture (art. 356 c.p.);
- 20) Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio (artt. 361, 362 c.p.);
- 21) Omissione di referto (art. 365 c.p.).

Si conferma la nozione assai più ampia di “corruzione”, considerata dall’ANAC nel PNA 2022 Deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 e successivamente aggiornato, intendendo per tale non solo quella ricompresa nello specifico reato di corruzione e nel complesso dei reati contro la Pubblica Amministrazione, ma coincidente con “la *maladministration*”, intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell’interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari” Ricomprende, cioè, “quegli atti e quei comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell’interesse pubblico e pregiudicano l’affidamento dei cittadini nell’imparzialità dell’amministrazione e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse”.

L’Autorità nel Piano Nazionale anticorruzione 2022 – aggiornamento 2023 - approvato con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 ha ribadito ulteriormente il concetto di corruzione, delineato nella L.190/2012, che sta alla base di tutte le misure di prevenzione, confermando che la stessa va intesa in senso lato, ovvero allargato, configurandosi tutte le volte che si manifestano “*situazioni, condizioni, organizzative ed individuali – riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione – che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio*”.

L'Azienda, al fine di garantire quanto previsto dalla Legge n. 190/2012, include espressamente nel presente PTPCT anche i reati contro la fede pubblica e in particolare i delitti di falsità in atti di cui al Capo III del Titolo VII del codice penale, dei quali sono di seguito indicati i più rilevanti, applicabili anche ai documenti informatici (art. 491-bis c.p.):

22) Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici, in certificati o autorizzazioni amministrative, in copie autentiche di atti pubblici o privati e in attestati del contenuto di atti (artt. 476, 477, 478 c.p.);

23) Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici, in certificati o in autorizzazioni amministrative, o commessa in certificato da persone esercenti un servizio di pubblica necessità (artt. 479, 480, 481 c.p.).

Infine, si ritiene opportuno includere nel presente PTPCT altre fattispecie di reato, non strettamente identificabili nell'ambito di applicazione della Legge n. 190/2012, ampliando così discrezionalmente i confini di prevenzione:

24) Abusivo esercizio di una professione (art. 348 c.p.);

25) Rivelazione di segreto professionale (art. 622 c.p.).

---

### 3. OGGETTO E FINALITA' DEL PTPCT

---

Il PTPCT disciplina il complesso degli interventi organizzativi dell'Azienda volti ad individuare le strategie prioritarie per la prevenzione e il contrasto della corruzione a livello aziendale, utilizzando strumenti che vengono affinati, modificati, o aggiornati in relazione al *feedback* ottenuto dalla loro applicazione ed è concepito in una logica di essenzialità, coinvolgimento e condivisione preventiva con i soggetti interni all'amministrazione che concorrono, ciascuno per il proprio grado di responsabilità, a mettere in atto le azioni volte a rafforzare la cultura e la prassi dell'integrità.

Il PTPCT rappresenta, quindi, lo strumento attraverso il quale l'Azienda descrive un processo articolato, in fasi tra loro collegate, finalizzato a formulare una strategia di prevenzione di fenomeni corruttivi. Vengono definite misure di prevenzione oggettiva, che mirano attraverso soluzioni organizzative, a ridurre ogni spazio possibile all'azione di interessi particolari volti all'improprio condizionamento delle decisioni pubbliche, e misure di prevenzione soggettiva che mirano a garantire la posizione di imparzialità del funzionario pubblico che partecipa, nei diversi modi previsti dall'ordinamento ad una decisione amministrativa.

In attuazione di quanto previsto dall'aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA 2022), adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, che conferma la trasparenza quale misura fondamentale di prevenzione della corruzione, all'interno del presente documento è contenuta la specifica sezione dedicata all'attuazione degli obiettivi strategici di trasparenza ed integrità, denominata **Piano della Trasparenza**, con l'indicazione dei responsabili della pubblicazione dei dati obbligatori.

La redazione del PTPCT e dei suoi aggiornamenti avviene con il coinvolgimento dei soggetti che concorrono a vario titolo alla prevenzione dei fenomeni corruttivi.

Il PTPCT ed eventuali aggiornamenti sono adottati dal Direttore Generale su proposta del RPCT, previo coinvolgimento della Commissione Internal Auditing, i dirigenti responsabili di Struttura e dopo che sono state acquisite e valutate proposte e osservazioni da parte degli **stakeholders** interni ed esterni, tramite avviso di consultazione pubblica sul sito web aziendale.

Quanto sopra al fine di poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati in fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi dei rischi.

Il RPCT, anche sulla scorta delle indicazioni raccolte, elabora e predispone il PTPCT, che viene adottato dal Direttore Generale entro il 31 gennaio di ogni anno, salvo diverso termine fissato dalla legge.

Il PTPCT, una volta adottato, viene pubblicato in forma permanente sul sito web aziendale, nella specifica sezione "Amministrazione Trasparente".

Il Piano può essere modificato anche in corso d'anno, su proposta del RPCT, ovvero su richiesta dell'ANAC o di altri organismi di controllo (es. ORAC), allorché siano state accertate significative violazioni delle prescrizioni in esso contenute, ovvero quando intervengano rilevanti mutamenti organizzativi o modifiche in ordine all'attività dell'amministrazione.

L'arco temporale di validità del presente Piano è relativo al triennio 2024-2026 a scorrimento, e, pertanto, le disposizioni in esso contenute aggiornano e sostituiscono quelle di cui al PTPC 2023-2025.

---

#### **4. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT) E I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

---

##### ***Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)***

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) rappresenta uno dei soggetti fondamentali nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La figura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal D. Lgs. n. 97/2016 alla Legge n. 190/2012. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

Il Responsabile viene, pertanto, identificato con riferimento ad entrambi i ruoli come Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

L'intento principale del legislatore, nelle modifiche apportate alla Legge n. 190/2012 (art. 41, co. 1 lett. f) D.Lgs. n. 97/2016), è chiaramente quello di rafforzare e tutelare il ruolo del RPCT. Da un lato, si è attribuito al RPCT il potere di indicare all'ufficio aziendale competente all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, dall'altro lato, è stabilito il dovere del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) "*le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza*".

Tra i **compiti del RPCT** figurano:

- l'elaborazione della proposta del piano di prevenzione aziendale;
- la definizione di procedure appropriate per la selezione e formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- la verifica dell'efficace attuazione del Piano, nonché la proposta di modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- 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 integrato con il piano della trasparenza;
- l'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione previsti dalla stessa legge;
- la pubblicazione annuale, entro le tempistiche previste da ANAC, sul sito web dell'Azienda, di una relazione recante i risultati dell'attività svolta e trasmissione della stessa relazione al Direttore Generale ed al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, utilizzando il *format* predisposto dall'ANAC;
- l'aggiornamento sull'attività nel caso in cui la Direzione Strategica lo richieda, o qualora lo stesso RPCT lo ritenga opportuno.

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'Azienda degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, segnalando al Presidente del CdA, al Direttore Generale, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari dell'Azienda, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- provvedere all'aggiornamento del piano della trasparenza;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato;
- segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente:
  - all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
  - al Direttore Generale e al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Per incrementare le garanzie del ruolo esercitato dal RPCT è intervenuta l'estensione generalizzata della previsione di doveri di segnalazione all'ANAC di eventuali misure discriminatorie -quindi non più solo in caso di revoca- dirette o indirette nei confronti del RPCT comunque collegate, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni. In tal caso l'ANAC può richiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire con i poteri di cui all'art. 15, co. 3 del D. L.gs. 8 aprile 2013, n. 39 "*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*".

Resta immutata, in capo al RPCT, la responsabilità di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 1, co. 12, della Legge n. 190/2012 e s.m.i., in caso di commissione di un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato, all'interno dell'amministrazione. Tuttavia, a maggiore tutela del RPCT, può essere letta la novella legislativa laddove prevede l'esclusione dall'imputazione di responsabilità del RPCT (per omesso controllo, sul piano disciplinare) nei casi di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, qualora lo stesso possa provare "*di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano*" (art. 41, co. 1, lett. l), D.Lgs. n. 97/2016).

Al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, come previsto dall'art. 41 del D Lgs. n. 97/2016, il Direttore Generale valuta le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei al RPCT.

**Il RPCT deve essere dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere.**

Per un'esauritiva specifica del ruolo e dei poteri del RPCT, si rimanda al capitolo 4 del PNA 2018, alla deliberazione del presidente dell'ANAC n. 840 del 2/10/2018 e alla Parte IV e Allegato 3 del PNA 2019, con cui si è espresso sulla corretta interpretazione dei compiti del RPCT.

La performance individuale del RPCT è valutata in relazione alla specifica funzione affidata, inserendo, a tal fine, nel Piano delle Performance obiettivi specifici; ciò al fine di consentire un'adeguata remunerazione mediante trattamento accessorio della funzione svolta (PNA 2019).

### ***Altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, ruoli e responsabilità***

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è affidato un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione del PTPCT e al monitoraggio.

Questo ruolo di coordinamento non deve essere in alcun modo interpretato dagli altri attori organizzativi come un pretesto alla deresponsabilizzazione in merito allo svolgimento del processo

di gestione del rischio. Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori sono:

1. il Direttore Generale;
2. il Direttore Scientifico
3. il Gestore delle Segnalazioni di Operazioni Sospette di Riciclaggio
4. la Commissione per l'Internal Auditing;
5. i Dirigenti di Struttura;
6. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
7. I Referenti per la prevenzione della corruzione e della trasparenza
8. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
9. il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA);
10. i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori;
11. gli *stakeholders* (tutti i portatori di interesse, a qualsiasi titolo).

### **1. Il Direttore Generale**

Il Direttore Generale, quale organo di indirizzo dell'Azienda:

- nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- approva il PTPCT e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quali ad esempio i Regolamenti aziendali e il Codice di comportamento;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

### **2. Il Direttore Scientifico**

Il Direttore Scientifico è responsabile della ricerca scientifica e ne definisce il budget, concordato annualmente con il Direttore Generale, sulla base del bilancio approvato e degli indirizzi del Consiglio di Amministrazione della FSGT.

Il Direttore Scientifico concorre al rafforzamento della cultura della legalità e dell'etica della Fondazione attraverso la promozione di attività formativa specifica e all'attuazione delle misure di prevenzione individuate nell'apposita sezione del PIAO, nell'area di propria competenza.

### **3. Il Gestore delle Segnalazioni di Operazioni Sospette di Riciclaggio**

Ai sensi della normativa vigente in materia e in particolare del DM 25 settembre 2015 del Ministero dell'Interno, con deliberazione n. 42 del 16/01/2020 è stato nominato il gestore delle rilevazioni e delle segnalazioni delle operazioni sospette in materia di antiriciclaggio, cd. "Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio" nella persona del dott. Antonio Borreca, dirigente amministrativo della S.C. Tecnico Patrimoniale.

Al "Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio" spettano i seguenti compiti:

- a) acquisire le segnalazioni di operazioni sospette dai Responsabili di struttura, nonché valutarne la completezza e la correttezza con il supporto del Direttore della S.C. Economico-Finanziaria;
- b) informare la Direzione Aziendale ed il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza circa le decisioni intraprese riguardo a transazioni sospette di cui sia stato reso edotto;
- c) comunicare alla UIF (Unità di Informazione Finanziaria) ogni operazione ritenuta a rischio di riciclaggio e finanziamento del terrorismo sulla scorta delle linee guida di cui al D.M. Ministero dell'Interno 25 settembre 2015, previa concertazione con il Direttore della S.C. Economico-Finanziaria e con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e previa comunicazione alla Direzione Aziendale;
- d) interloquire con l'UIF per tutte le comunicazioni/segnalazioni di operazioni sospette e per i relativi conseguenti approfondimenti.

Allo scopo di definire procedure interne idonee a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento al terrorismo, la tempestività della segnalazione alla UIF, nonché l'omogeneità dei comportamenti, con deliberazione n. 1260 del 17/09/2020 è stato approvato dalla Direzione, su proposta del Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio, il *“Regolamento recante le procedure per la rilevazione e segnalazione di operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo”*.

Spetta al Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio adoperarsi per i relativi e conseguenti adempimenti riguardanti l'applicazione del Regolamento.

#### **4. La Commissione per l'Internal Auditing**

In considerazione della complessa organizzazione amministrativa e sanitaria dell'ASST Monza è stata costituita una Commissione per l'Internal Auditing composto da:

- Responsabile Qualità e Internal Auditing (IA) o suo delegato;
- Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT) o suo delegato;
- Direttore della S.C. Gestione Acquisti o suo delegato;
- Direttore della S.C. Affari Generali e Legali o suo delegato;
- Direttore della S.C. Economico Finanziaria o suo delegato o suo delegato;
- Direttore Medico di Presidio o suo delegato;
- Direttore Sanitario o suo delegato.

Al fine di ottimizzare le risorse disponibili in ASST Monza e nell'ottica di realizzare uno scambio di informazioni e dati in merito alle attività di controllo, prevenzione e contrasto dei rischi connessi ai vari processi aziendali, la Commissione di IA è uno strumento che può essere utilizzato sia a supporto dell'attività di IA sia a supporto dell'attività del RPCT.

Il Responsabile IA convoca la Commissione IA per le funzioni relative all'attività di IA almeno due volte l'anno, e comunque secondo le scadenze comunicate da Regione Lombardia:

- per l'individuazione dei team di audit;
- per il monitoraggio del Piano di IA.

Il Responsabile IA può convocare la Commissione IA ogni qualvolta si ravveda la necessità di rivedere il piano di IA o emergano mutamenti significativi nell'organizzazione aziendale o nell'attività dell'amministrazione.

La Commissione IA ha le seguenti funzioni:

- contribuisce alla composizione e pianificazione dei Piani Annuali di IA individuando le competenze degli auditor e definendo il team di audit;
- nomina il personale individuato per lo svolgimento delle attività di IA;
- propone alla Direzione Generale l'attivazione di consulenze esterne per la pianificazione ed esecuzione degli interventi di audit, qualora lo ritenga necessario per la mancanza di competenze adeguate o di risorse all'interno della ASST Monza, fatti salvi i vincoli di budget e le procedure ad evidenza pubblica per le selezioni;
- recepisce gli esiti degli audit e le azioni di miglioramento concordate e può proporre ulteriori azioni di miglioramento;
- se necessario, può richiedere la presenza del Team di Audit per chiarimenti circa l'esito degli audit.

#### **5. I Dirigenti di Struttura**

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, della Commissione per l'Internal Auditing e dell'autorità giudiziaria;
- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio;
- assicurano al RPCT il libero accesso a tutti gli atti dei rispettivi uffici;
- inoltrano una tempestiva segnalazione di comportamenti del personale loro affidato che siano inquadrabili nell'ambito della corruzione. Le segnalazioni devono essere inoltrate esclusivamente tramite portale "Whistleblower". I documenti allegati alla e-mail devono essere forniti in formato elettronico non modificabile (pdf o compatibile);

- rispondono al RPCT in merito a richieste estemporanee di informazione riguardanti atti o comportamenti inquadrabili nell'ambito della corruzione. Le comunicazioni di risposta devono essere fornite entro i termini richiesti dal RPCT esclusivamente tramite la posta elettronica aziendale utilizzando l'indirizzo e-mail [anticorruzione.trasparenza@asst-monza.it](mailto:anticorruzione.trasparenza@asst-monza.it). I documenti allegati alla e-mail devono essere forniti in formato elettronico non modificabile (pdf o compatibile);
- propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- svolgono attività formativa e informativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza a favore del proprio personale;
- assicurano l'osservanza del Codice etico e di comportamento in vigore in Azienda e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- si assumono la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operano in maniera tale che il proprio personale contribuisca e osservi le misure contenute nel PTPC;
- adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti dal Piano e dal D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., per quanto di propria competenza.

Le modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016 precisano che in caso di ripetute violazioni del presente Piano sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT provi di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano stesso. I dirigenti, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di aver effettuato le dovute comunicazioni agli uffici ed aver vigilato sull'osservanza del Piano.

A norma dell'art. 1, co. 33, Legge n. 190/2012 - *Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte* - la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle Pubbliche Amministrazioni, delle informazioni di cui al co. 31:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del D. L.gs. n. 198/2009;
- deve essere valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D. L.gs. n. 165 del 2001 e s.m.i.;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sul sito web aziendale sono sanzionati a carico dei responsabili della struttura.

I Dirigenti individueranno entro il 31/03/2025 **un referente interno** alla propria Struttura che si occuperà dei rapporti diretti con RPCT e i suoi collaboratori, sia per quanto riguarda gli obblighi di pubblicazione, sia per quanto concerne il raggiungimento dei risultati circa le misure e gli adempimenti assegnati in tema di prevenzione della corruzione.

## 6. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP)

L'ANAC ha previsto un maggior coinvolgimento degli organismi che rivestono un ruolo importante nel sistema di gestione delle performance e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del D. L.gs. n. 150/2009.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) dell'ASST Monza:

- verifica il rispetto del principio del merito e il funzionamento complessivo del sistema di valutazione della performance organizzativa e aziendale, assicurando il coordinamento e lo scambio di informazioni con l'Organismo Indipendente di Valutazione regionale e il rispetto del principio della trasparenza,
- verifica l'effettiva e corretta identificazione delle performance perseguite dall'Azienda, attraverso la definizione di obiettivi, indicatori e target, in coerenza con il sistema di programmazione regionale e in coerenza con il D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., ove si afferma che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, e verifica, altresì, l'attribuzione degli obiettivi assegnati ai dirigenti e al personale del Comparto;

- valuta la correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance organizzativa e individuale del personale secondo i principi di merito ed equità, verifica la valutazione delle attività dei dipendenti del Comparto titolari di posizioni organizzative o incarichi di coordinamento e propone al Direttore Generale la valutazione dei dirigenti;
- valida la relazione sulle performance, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse impiegate;
- verifica la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle attribuzioni del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- verifica l'esecuzione e la metodologia in uso per le rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo;
- verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di trasparenza e anticorruzione e, **in particolare:**
  - svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione posti in capo al RPCT, segnalando i casi di mancato o ritardato adempimento;
  - verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel Piano delle Performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance;
  - esprime parere obbligatorio sul Codice etico e di comportamento;
  - anche ai fini della validazione della relazione sulle performance, verifica che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
  - verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta dal RPCT, relazione annuale che viene predisposta dal Responsabile e trasmessa al NVP, oltre che al Direttore Generale, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della Legge n. 190/2012;
  - riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Nell'ambito dei poteri di vigilanza e controllo attribuiti all'ANAC, l'Autorità si riserva di chiedere informazioni tanto al NVP quanto al RPCT in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il NVP, inoltre:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (art. 43 e 44 D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.).

## **7. L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)**

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari:

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

## **8. I Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza**

All'interno delle Strutture a maggior rischio corruttivo e/o che sono tenute agli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, sono stati individuati Referenti con i seguenti compiti:

- svolgere attività informativa nei confronti del RPCT, affinché abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività della Fondazione;
- collaborare con il RPCT nell'attività di mappatura dei processi, nell'analisi e valutazione del rischio e nell'individuazione di misure di contrasto alla corruzione relative alla Struttura di appartenenza;
- concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- verificare il regolare assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.;

- collaborare all'attività di monitoraggio dell'attuazione delle misure di contrasto alla corruzione relative alla propria Struttura previste dalla presente sezione del PIAO per quanto di competenza, raccogliendo i dati richiesti dal RPCT e producendo la relativa reportistica;
- Supportare l'RPCT nell'attività di monitoraggio dell'attuazione delle misure contenute nell'allegato 2 anche attraverso attività di audit presso altre Strutture.

L'azione dei Referenti è comunque subordinata alle indicazioni del proprio Direttore/Dirigente Responsabile, che rimane il riferimento del RPCT per l'implementazione delle politiche di prevenzione della corruzione e degli adempimenti che ne derivano.

## **9. Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)**

In attuazione dell'art. 33-ter del D.L. 18.10.2012, n. 179, convertito con legge n. 221/2012, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), con deliberazione n. 15 del 29.1.2016, l'ASST Monza ha nominato Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) il Dott. Giordano Reppi, Direttore della S.C. Gestione Acquisti ed Economato.

## **10. I dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda**

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni contenute nel PTPCT e prestano la loro collaborazione al RPCT. Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e contenute nel PTPCT devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale del Comparto che dalla Dirigenza. La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare ai sensi dell'art. 1, comma 14, della Legge n. 190/2012 e s.m.i.;
- segnalano le situazioni di illecito esclusivamente accedendo alla piattaforma web <https://asstmonza.whistleblowing.it/>, oppure direttamente al RPCT, mediante dichiarazione riservata e riportata a verbale, previo appuntamento con il RPCT.

## **11 Gli stakeholders**

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli *stakeholders* partecipano al controllo della Pubblica Amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dagli stessi attraverso il percorso dei reclami, della *customer satisfaction*, delle tipologie di accesso civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del presente Piano.

---

## **5. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

---

Come da indicazioni dell'ANAC, costituiscono contenuto necessario del PTPCT gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e quelli di trasparenza, ai quali si rimanda all'apposita sezione.

L'individuazione degli obiettivi strategici è rimessa alla valutazione della Direzione Strategica, che deve elaborarli tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione.

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che la Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2025 l'Azienda si impegna a:

- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra il PTPCT ed il Piano delle Performance, al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi strategici, organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti;
- mantenere un'integrazione consolidata tra sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno, in particolare attraverso la convocazione della Commissione per l'Internal Auditing;
- incrementare la formazione dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione, con innalzamento del livello qualitativo della formazione erogata.

---

## 6. METODOLOGIA E STRUMENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

---

La legge n. 190/2012 prevede il coinvolgimento diretto di tutti i soggetti così come individuati nel precedente paragrafo 4; in particolare i responsabili a vario titolo dell'organizzazione aziendale devono partecipare attivamente alla gestione del rischio corruttivo.

Il processo GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO richiede infatti sia una buona conoscenza dell'organizzazione interna, sia del dettato normativo, in continua evoluzione.

Le fasi dell'attività della gestione del rischio si articolano in:

1. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO
2. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E MAPPATURA DEI PROCESSI
3. VALUTAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO
4. TRATTAMENTO DEL RISCHIO CON IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
5. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE.

### 1. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale la Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

Consiste nell'individuazione e descrizione delle **caratteristiche del territorio o del settore specifico**, nonché delle eventuali **relazioni con gli stakeholders** e di come possano influire sull'attività dell'amministrazione.

### 2. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E MAPPATURA DEI PROCESSI

L'analisi del contesto interno riguarda sia gli aspetti legati alla **struttura organizzativa**, nella sua articolazione, evidenziando la dimensione dell'Azienda, anche in termini di dotazione di personale, sia la gestione dei processi, attraverso l'individuazione e analisi dei processi organizzativi, volta a far emergere, da un lato, il sistema di responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione (**mappatura dei processi**).

Infatti, 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'Azienda, e di offrire spunti interessanti per un'adeguata valutazione del rischio.

La mappatura dei processi relativi alle attività a rischio di corruzione avviene attraverso il coinvolgimento dei Responsabili delle competenti Strutture, sotto il coordinamento del RPCT.

### 3. VALUTAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO

La valutazione e analisi del rischio corruttivo si articola in tre fasi:

- **identificazione degli eventi rischiosi**, che ha il compito di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione. L'identificazione degli eventi rischiosi conduce alla creazione di un "Registro degli eventi rischiosi", nel quale sono riportati i potenziali/reali eventi rischiosi relativi ai processi gestiti dall'amministrazione.
- **analisi del rischio**, che consiste nello stimare il livello di esposizione dei processi/attività al rischio corruttivo. Al fine di stimare il livello di rischio corruttivo di un dato processo, occorre valutare alcuni indicatori di stima del livello di rischio del processo, quali ad esempio: la presenza o meno di interessi economici o benefici diretti, la presenza o meno di discrezionalità di un processo, il livello di collaborazione del responsabile del processo alla costruzione del PTPCT, l'inadeguata diffusione della cultura della legalità, il numero di segnalazioni pervenute, i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari. Le informazioni sono ottenute attraverso la compilazione di una scheda di rilevazione compilata a cura dei responsabili delle strutture organizzative interessate, con il supporto del RPCT. Sulla base delle informazioni ottenute, si procede ad *un'analisi di tipo qualitativo*, attraverso la misurazione di ciascun indicatore di livello di rischio corruttivo del processo, mediante una scala di misurazione ordinale del tipo: alto, medio, basso. La misurazione dei singoli indicatori determina la valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio corruttivo di un dato processo, sempre mediante una scala di misurazione ordinale del tipo: alto, medio, basso. Ogni misurazione deve essere accompagnata da dati ed evidenze.
- **ponderazione del rischio**, che prende in considerazione le risultanze dell'analisi del rischio, definendo le priorità di trattamento del rischio e le azioni da intraprendere.

#### **4. TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Il **trattamento del rischio** è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi corruttivi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Il trattamento del rischio ha come obiettivo quello di identificare le misure di prevenzione della corruzione in funzione delle criticità rilevate in sede di analisi del rischio. Le misure si distinguono in misure generali e misure specifiche.

**Le misure generali** intervengono in materia trasversale sull'intera organizzazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

Le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati e incidono su problemi specifici.

Per ogni evento rischioso rilevante e per ogni processo organizzativo esposto a rischio di corruzione deve essere prevista almeno una misura di prevenzione.

Le misure devono essere adeguatamente programmate e definiti tempi di attuazione, con indicazione del soggetto responsabile e con l'individuazione di indicatori di monitoraggio, al fine di poter verificare la corretta attuazione delle misure.

#### **5. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE**

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio e valutazione, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati nel PTPCT ed alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Il monitoraggio avviene periodicamente durante l'anno, anche attraverso un'attività di audit con le singole Strutture coinvolte e con il supporto della Commissione Internal Auditing.

---

### **7. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO**

---

Come si evince dal "Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia" a cura dell'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano (anno 2022), nel complessivo contesto settentrionale il sistema sanitario lombardo è apparso soggetto, specie nell'ultimo decennio, a una più accentuata, insidiosa attenzione da parte degli interessi mafiosi. È infatti in

questa regione, più che in altre, che i clan hanno mostrato di volere cogliere e sfruttare l'ampio orizzonte di opportunità economiche, sociali e "impunitarie" che il settore offre fisiologicamente. La sanità lombarda costituisce un settore pregiato e di eccellenza di una delle regioni più progredite e ricche d'Europa. Un settore dinamico e punto di riferimento per gli utenti di ogni regione d'Italia, beneficiario di risorse ingenti, pubbliche e private. L'elevata appetibilità della sanità per gli interessi mafiosi può essere ricondotta solo parzialmente alle opportunità (economiche, sociali...) che essa è in grado di offrire in generale alle organizzazioni mafiose.

I fattori di rischio che espongono la sanità a episodi corruttivi e che riguardano, in sé, la struttura e l'organizzazione del settore sanitario come pure la sfera dei comportamenti soggettivi, ossia quelle disfunzionalità etico-deontologiche che ciclicamente trovano spazio nelle professioni mediche e che concorrono alla creazione di un sostrato di potenziale permeabilità a condizionamenti illegali, si possono distinguere in 5 livelli.

1. Il primo è di **natura politica**. Se da un lato è innegabile l'esistenza di un rapporto di necessità tra sanità e politica – e d'altronde non si avrebbe un sistema sanitario pubblico senza un intervento della politica – dall'altro il timore di un superamento dei corretti confini di indirizzo e controllo da parte della politica appare fondato in contesti che siano segnati da precarietà dello spirito pubblico.
2. Il secondo, di **natura legislativa**, comprende invece i fattori di rischio impliciti nelle normative, nazionali e regionali, che regolano il settore. Tra questi, il più evidente è rappresentato dalle nomine politiche regionali dei direttori generali delle Aziende Sanitarie introdotte dalla legge di riforma 229/99, le quali possono talora costituire il frutto di negoziazioni improprie tra interessi interni o esterni al sistema. Uno specifico fattore di rischio risiede nella normativa regolatrice degli appalti pubblici, attraverso cui politici e imprenditori di diversa natura - dagli addetti alla fornitura di strumentazioni mediche al servizio della mensa o della pulizia dei locali sanitari - possono intrattenere una relazione di scambio reciprocamente vantaggiosa.
3. Il terzo livello è di **natura tecnico-scientifica**. Condotte illegali all'interno del sistema sanitario possono essere favorite dalla complessità che notoriamente caratterizza il settore, da cui derivano relazioni e scambi fondati su una fisiologica asimmetria informativa che pongono alcuni interlocutori (medici, case farmaceutiche...) in condizione di conflitto di interessi. Ne sono esempi il rapporto che lega il paziente, debole e poco informato, al medico che agisce in sua vece determinando sia la domanda sia l'offerta sanitaria.
4. Il quarto livello pertiene invece alla specifica **cultura ambientale** che caratterizza il settore sanitario. Secondo alcune ricerche in materia di corruzione e malasanzità, nel contesto italiano un atteggiamento di chiusura si è progressivamente esteso a tutti i livelli delle occupazioni medico-sanitarie, spesso restie a denunciare irregolarità procedurali e deontologiche verificatesi all'interno di strutture sanitarie pubbliche e private.
5. Infine, il quinto e ultimo livello individuato è di **natura logistico-organizzativa** e comprende le inefficienze amministrative che sono spesso attribuite ad alcuni sistemi sanitari regionali, le quali possono indirettamente agevolare condotte criminali interne ed esterne al settore. Ciò può essere in parte ricondotto all'eccesso di burocrazia che contraddistingue la sanità pubblica, riducendone la competitività rispetto al versante privato progressivamente in crescita.

Come previsto dal PNA 2022 si analizzano i dati relativi alle principali dinamiche territoriali e settoriali, alle influenze o pressioni di interessi esterni a cui la Fondazione potrebbe essere sottoposta:

- **Criminalità e reati di corruzione, peculato e concussione:**

l'alto tasso di criminalità di un territorio è indicatore di un'alta propensione a delinquere da parte dei cittadini che può portare ad una generalizzata accettazione di comportamenti devianti o non conformi alle norme. Diversi indicatori di corruzione si basano sul numero dei procedimenti, denunce e condanne per delitti di corruzione commessi da pubblici ufficiali identificati nell'ordinamento giuridico. I reati di associazione a delinquere, criminalità organizzata e riciclaggio di denaro sono strettamente connessi ai reati di corruzione.

Valutati sul territorio della Fondazione i tassi dei procedimenti penali per delitti di peculato concussione e corruzione, i procedimenti per riciclaggio di denaro, le denunce per

associazione di tipo mafioso, i dati osservati potrebbero influenzare negativamente sulle condotte dei pubblici dipendenti della Fondazione. **Impatto elevato**

- **Contesto economico sociale:**

Un'economia più viva e più attiva è indice di benessere economico, istituzionale e di un basso livello di corruzione. Si ipotizza quindi che ad un aumento del Prodotto Interno Lordo, della spesa socio-sanitaria e del tasso di imprese attive sia associate una diminuzione della corruzione. Contrariamente un alto tasso di disoccupazione e di mortalità aziendale dovrebbe aumentare il rischio di corruzione. Anche i pagamenti in contanti, non tracciati, è indice della presenza di transazioni sospette che potrebbero includere il pagamento di tangenti.

Valutata la situazione economico sociale del territorio della Fondazione si nota un alto uso dei pagamenti elettronici, un tasso di disoccupazione più basso rispetto al territorio nazionale, un ampio numero di imprese attive, un più alto prodotto interno lordo pro capite. **Impatto medio**

- **Criticità riscontrate da segnalazioni esterne:**

Il numero di segnalazioni esterne, i risultati dell'attività di monitoraggio, nonché il buon rapporto con gli stakeholder di riferimento sono segnale del buon andamento ed efficienza della P.A.. L'indice sulla qualità delle prestazioni percepita dagli utenti può considerarsi direttamente correlate ad eventuali fenomeni corruttivi.

---

## 12 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E MAPPATURA DEI PROCESSI

---

### Struttura organizzativa

L'analisi del contesto interno riguarda sia gli aspetti legati alla struttura organizzativa, nella sua articolazione, evidenziando la dimensione della Fondazione, anche in termini di dotazione di personale, sia la gestione dei processi, attraverso l'individuazione e analisi dei processi organizzativi, volta a far emergere, da un lato, il sistema di responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'Ente (mappatura dei processi).

Infatti, 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 di offrire spunti interessanti per un'adeguata valutazione del rischio.

La mappatura dei processi relativi alle attività a rischio di corruzione avviene attraverso il coinvolgimento dei Responsabili delle competenti Strutture, sotto il coordinamento del RPCT.

Per la consultazione dei dati che riguardano il contesto organizzativo della FSGT si rimanda alle analisi esposte nella sezione specifica - Struttura organizzativa ed a quanto descritto in premessa a proposito del percorso di riconoscimento della FSGT quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

### Mappatura dei processi

I processi relativi ad attività a rischio di corruzione oggetto della mappatura, per i quali, attraverso il coinvolgimento diretto dei Responsabili delle competenti Strutture, è stata aggiornata l'analisi del rischio, coinvolgono le seguenti aree di rischio e sono riportati nell'Allegato 1 al presente Piano:

1. CONTRATTI PUBBLICI - Affidamento di lavori, servizi e forniture;

2. INCARICHI E NOMINE - Acquisizione e progressione del personale
3. AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO - Gestione del precontenzioso
4. GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO - Convenzioni attive aziendali a pagamento - Gestione dei pagamenti - Gestione recupero crediti e transazioni - Gestione beni mobili e immobili - Gestione delle donazioni ed erogazioni liberali;
5. ESECUZIONE CONTRATTUALE - Gestione fase esecuzione contratto di realizzazione di beni e servizi - Gestione rifiuti;
6. ATTIVITA' CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO – Gestione del decesso in ambito ospedaliero P.O. Monza;
7. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA;
8. FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI, SERVIZIO DIPENDENZE E SERVIZIO UNIFICATO DI ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA;
9. LAVORO AGILE;
10. DONAZIONI ED EROGAZIONI LIBERALI;
11. SISTEMA RICICLAGGIO.

Nella tabella Allegato 1 al presente Piano sono riportati tutti i processi/fasi oggetto della mappatura per i quali sono stati individuati rischi corruttivi.

---

### 13 VALUTAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO

---

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

Nella tabella **Allegato 1 “Registro dei Rischi - PTPCT 2024 - 2026”** sono indicati, per ciascuna area di rischio, i processi/sottoprocessi valutati, la descrizione degli eventi rischiosi, le Strutture coinvolte e la valutazione complessiva del rischio.

Nel corso dell'anno 2025 verrà effettuata l'analisi dei rischi dei processi relativi al sistema antiriciclaggio.

---

### 10. TRATTAMENTO DEI RISCHI - MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

---

Contenuto essenziale del PTPCT è il trattamento del rischio, con l'identificazione delle **misure di prevenzione/mitigazione/trattamento** del rischio da adottare a partire dalle aree più sensibili, con attribuzione della relativa responsabilità ai Dirigenti in merito alla attuazione di dette misure.

Le misure devono rispondere ai seguenti requisiti:

1. efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio;
2. sostenibilità economica e organizzativa delle misure;
3. adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Le misure previste nel presente Piano si distinguono in generali e specifiche a seconda che riguardino la generalità delle aree a rischio, ovvero siano mirate alla prevenzione del rischio in aree specifiche.

➤ **Relazione sull'attività RPCT - Monitoraggio del PTPCT e delle misure di prevenzione della corruzione - anno 2024**

Il RPCT annualmente predisponde, sulla base di precise indicazioni di ANAC, una Relazione (Relazione annuale RPCT) sull'attività svolta; tale Relazione è inviata al Direttore Generale e al

Nucleo di Valutazione delle prestazioni e successivamente pubblicata sul sito web aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti Corruzione” entro la scadenza fissata da ANAC, di norma il 31 gennaio di ogni anno.

Inoltre dalle risultanze degli Audit semestrali e annuali programmati nel PTPCT ed effettuati dal RPCT con la collaborazione della Commissione Internal Auditing, viene redatto un Consuntivo, al 31 dicembre di ciascun anno, sugli esiti dei monitoraggi sull’attuazione delle misure per la prevenzione della corruzione indicate annualmente nel Piano, pubblicato sul sito web aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti Corruzione”.

I suddetti documenti risultano strumenti utili per la redazione dell’aggiornamento del PTPCT per l’anno successivo.

Alla data di approvazione del presente Piano, l’attività di monitoraggio sulle misure per la prevenzione della corruzione al 31/12/2024 ha evidenziato un buon grado di raggiungimento delle azioni programmate. Gli scostamenti rispetto alle azioni programmate hanno dato origine ad alcuni rilievi nei confronti dei Responsabili di struttura, come da verbali agli atti, i quali potranno in essere azioni di miglioramento nel corso dell’anno 2025.

A seguito degli esiti di cui sopra, nell’**Allegato 2 “Misure per la prevenzione della corruzione e Responsabilità”** al presente Piano sono raccolte tutte le misure programmate per il triennio di validità dello stesso, con indicazione dei tempi di attuazione, del soggetto responsabile e con l’individuazione degli indicatori di monitoraggio.

## **LE MISURE GENERALI**

### **Formazione**

Ai sensi dell’art. 1, comma. 9, lett. b) della Legge 190/2012, il Piano deve prevedere, per le attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, percorsi di formazione idonei a prevenire il rischio di corruzione.

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

Nel Piano formativo i percorsi di formazione sono programmati tenendo presente una strutturazione su diversi livelli:

- a) livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, riguardo le tematiche dell’etica e della legalità che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell’amministrazione;
- b) livello specifico per figure professionali, rivolto al RPCT, ai componenti della Commissione Internal Auditing, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio.

Inoltre il RPCT si preoccupa di informare tutti i soggetti che operano nelle aree a rischio circa le indicazioni sulle novità legislative, regolamenti, istruzioni operative in materia di anticorruzione e trasparenza.

L’Azienda monitora e verifica il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia con questionari somministrati ai soggetti destinatari della formazione.

La Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori ha potuto realizzare i seguenti corsi, previsti nel piano formativo aziendale 2024:

L’evoluzione e la disciplina in materie di prevenzione sull’illegalità nella pubblica amministrazione anche nell’ambito dei progetti e dei finanziamenti PNRR;  
Antiriciclaggio negli IRCCS.

Per l'anno 2025 saranno proposti nel Piano Formativo Aziendale corsi di base sull'ETICA E LEGALITA' e CORSI DI APPROFONDIMENTO SPECIFICO (L. n. 190/2012 e norme attuative, la responsabilità disciplinare dei dipendenti pubblici nella Sanità), sul Sistema di Antiriciclaggio e prevenzione del finanziamento del terrorismo e sulla gestione del rischio di prevenzione della corruzione.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Formazione	RPCT	Diffondere la conoscenza dell'etica e della prevenzione della corruzione nelle aree a rischio e a tutti i dipendenti	Realizzazione dei corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Realizzazione del 100% dei corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Annuale	Resp. S.S. Formazione  31/12 di ciascun anno
Formazione	Tutti i Direttori/ Responsabili di Struttura Complessa/ Semplice delle aree a rischio individuate nel PTPCT	Diffondere la conoscenza dell'etica e della prevenzione della corruzione nelle aree a rischio e a tutti i dipendenti	Partecipazione ai corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno da parte del personale della Struttura	Partecipazione di almeno il 50% del personale invitato e afferente alla struttura ai corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Annuale	Resp. S.S. Formazione  15/01 di ciascun anno
Formazione	Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio Tutti i Direttori/ Responsabili di Struttura Complessa/ Semplice	Diffondere la conoscenza sulla corretta applicazione della legge antiriciclaggio, al riconoscimento di operazioni connesse al riciclaggio o al finanziamento del terrorismo e alla conoscenza e al rispetto del regolamento aziendale in vigore	Partecipazione ai corsi inseriti nel piano di formazione di ciascun anno da parte del Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio	Realizzazione del 100% dei corsi in materia di antiriciclaggio inseriti nel piano di formazione di ciascun anno	Annuale	Resp. S.S. Formazione  31/12 di ciascun anno

#### Trasparenza

La trasparenza è una misura di estremo rilievo ed è fondamentale per la prevenzione della corruzione.

Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ambito dell'attività pubblica.

L'enunciazione degli obblighi di trasparenza, prevista dal D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. recante il *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*, richiamando i principi contenuti nel D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009, detta le disposizioni che le Amministrazioni Pubbliche devono seguire in riferimento alla pubblicazione sul proprio sito istituzionale di dati e informazioni soggetti a tale obbligo.

Trasparenza e prevenzione della corruzione si intersecano a tal punto che l'ANAC ha voluto identificare in un solo soggetto il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e il Responsabile per la Trasparenza. Il presente Piano dedica un'apposita sezione alla trasparenza (Piano della trasparenza) all'interno della quale, oltre agli obblighi di pubblicazione ed alle relative tempistiche,

sono indicati i soggetti a cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne all'Azienda, ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Vedi sezione dedicata alla trasparenza e **Allegato 3 “Elenco degli obblighi di pubblicazione”** al PTPCT

### **Tutela del whistleblower**

Il RPCT accerta che chi denuncia (sia egli dipendente dell'Amministrazione cfr. art. 54-bis del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i. o altro soggetto che con essa intrattiene a qualsiasi titolo rapporti) all'autorità giudiziaria, alla Corte dei conti, ovvero riferisca al superiore gerarchico, al RUP, ai soggetti apicali dell'Amministrazione condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato.

La Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori svolge a questo fine un'attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite, impegnandosi ad adottare tutti gli accorgimenti tecnici e informatici per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni, non nel proprio interesse individuale ma nell'interesse pubblico, prevedendo un obbligo di riservatezza da parte del RPCT e delle persone da lui definite per gestire tali informazioni.

Al fine di garantire il diritto di riservatezza del Segnalante, le segnalazioni e sono effettuate esclusivamente con una delle seguenti modalità:

a) accedendo alla piattaforma web: <https://asstmonza.whistleblowing.it/>

la segnalazione viene ricevuta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e da lui gestita mantenendo il dovere di riservatezza e confidenzialità nei confronti del segnalante; nel momento dell'invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico di 16 cifre che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, verificare la risposta del RPCT e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti; il RPCT prenderà in considerazione segnalazioni anonime solo se sufficientemente circostanziate e con l'indicazione di precisi elementi fattuali;

b) direttamente al RPCT, mediante dichiarazione riservata e riportata a verbale.

Dipendenti, collaboratori e soggetti che a vario titolo entrano in contatto con la FSGT, possono, altresì, effettuare segnalazioni all'ANAC, che -in ottica di prevenzione e non di repressione- può avviare una interlocuzione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza della FSGT.

Le segnalazioni all'ANAC si effettuano mediante accesso al relativo portale: <https://www.anticorruzione.it/-/whistleblowing>.

E' in corso di aggiornamento la procedura “Whistleblowing” ed il regolamento adottato dall'allora ASST Monza con deliberazione n. 979 del 10/07/2019, in attuazione del D. L.gs. n. 24 del 10/03/2023 e della Delibera dell'ANAC n. 311 del 12/03/2023 “Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne”.

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 1, comma 51 della Legge n. 190/2012 e s.m.i. e dal Codice etico e di comportamento, l'Azienda tutela il dipendente pubblico che segnala illeciti.

Sul portale del sito web aziendale [www.asst-monza.it](http://www.asst-monza.it), nella sezione “Amministrazione Trasparente” - Altri contenuti - Corruzione, è pubblicato il regolamento per la tutela dei dipendenti che segnalano illeciti, nonché le modalità per effettuare le segnalazioni.

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Whistleblowing	RPCT	Gestione delle segnalazioni	Relazione annuale inviata in Regione Lombardia	Invio della relazione nel rispetto dei tempi indicati da Regione Lombardia	Annuale	Commissione Internal Auditing  15/01 di ciascun anno

## Codice etico e di comportamento

Il Codice etico e di comportamento, è un documento che contiene, da un lato, la dichiarazione dei valori, l'insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità della Fondazione nei confronti dei "portatori di interesse" (persona-cliente, dipendenti, fornitori) e, dall'altro, definisce l'etica di comportamento che deve essere tenuta dai propri dipendenti/ collaboratori/fornitori.

Come tale esso rappresenta uno strumento di prevenzione dei fenomeni corruttivi, nell'ampia accezione affermata dalla normativa e dai provvedimenti amministrativi in materia, è finalizzato a combattere e prevenire situazioni di "*maladministration*", secondo la nozione di corruzione intesa in senso ampio, nonché a promuovere una cultura della legalità, del buon andamento e dell'efficacia dell'azione amministrativa e dell'attività sanitaria.

Tra gli obblighi previsti dal Codice etico e di comportamento vi è quello di rendere conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Già dal 2016, l'allora ASST Monza ha previsto l'inserimento nei contratti di lavoro di specifica clausola di presa visione ed accettazione del proprio Codice etico e di comportamento, da fare sottoscrivere ai neoassunti.

Nel corso del 2018 l'allora ASST Monza, con deliberazione n. 2282 del 18/12/2018 ha adottato il nuovo Codice, in ottemperanza agli obblighi introdotti dalla Legge 190/2012 e s.m.i. e dal D.P.R. n. 62/2013, alla luce delle "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), oltre che della DGR X/6062 del 29/12/2016 "*Approvazione del nuovo codice di comportamento per il personale della Giunta di Regione Lombardia*". In ultimo l'allora ASST Monza, con deliberazione n. 1325 del 29/12/2022, ha aggiornato il Codice etico e di comportamento, ai sensi del Decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 convertito con modificazioni dalla L. 29 giugno 2022, n. 79 che, modificando l'art. 54 del D.Lgs. 165/2001, ha previsto l'obbligo di prevedere una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, nonché l'organizzazione di attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione dei Codici.

Il Codice in vigore è consultabile sul sito web aziendale [www.irccs-sangerardo.it](http://www.irccs-sangerardo.it).

La diffusione capillare, l'interpretazione e la violazione del Codice etico e di comportamento a tutti i soggetti a cui è rivolto, rappresenta un'indefettibile impegno per contrastare atteggiamenti troppo spesso dettati da logiche opportunistiche.

Sarà inoltre necessario verificare costantemente l'attuazione del Codice, sotto il profilo del rispetto:

- delle norme, delle prescrizioni, dei precetti, delle raccomandazioni, desumendolo dall'andamento positivo delle relazioni della compagine sociale, dalle relazioni formali degli organismi presenti anche a livello sindacale;
- delle procedure imposte, col coinvolgimento sostanziale di tutti i dirigenti, cui grava l'onere di collaborare, nel pretendere dai propri collaboratori una condotta irreprensibile, nel segnalare proficuamente le disfunzioni e le anomalie riscontrate, nel contribuire ad accertare inequivocabilmente le condotte riprovevoli;

- del precetto che impone che gli elementi relativi alle violazioni del Codice etico e di comportamento sono sanzionabili.

E' vigente presso la FSGT il Regolamento per i procedimenti disciplinari per il personale della Dirigenza e del Comparto ed il funzionamento dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD), adottati con deliberazione n. 996 del 18/07/2019.

Al fine di consentire un adeguato monitoraggio e di garantire i flussi informativi necessari al RPCT per la redazione della relazione annuale, è previsto che l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari (UPD) predisponga, con cadenza annuale, una relazione da consegnare al RPCT, nella quale venga dato atto dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza.

Il D.P.R. n. 81 13/06/2023 ha introdotto modifiche e/o integrazioni relative al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici rispetto alla precedente versione (D.P.R. n. 62/2013) e, dal 14/06/2023, ha dato attuazione all'art. 4 del decreto legge 30/04/2022, n. 36, convertito con legge 29/06/2022, n. 79 (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

Oltre al richiamato ai principi generali di integrità, correttezza, buona fede, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e al rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, legalità, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, il Codice - ribadendo il principio che la condotta della Pubblica Amministrazione è volta alla soddisfazione dell'utente - ha introdotto delle novità in merito alla disciplina dell'utilizzo dei vari social network ed ha invitato i dipendenti alla attuazione di comportamenti virtuosi in un 'ottica "green" di tutela e rispetto dell'ambiente e delle risorse, come il risparmio energetico, il corretto smaltimento dei rifiuti ed il consumo responsabile delle risorse.

In attuazione di quanto sopra è stato redatto in data 18/10/2023 il Documento prescrittivo "Buone pratiche della funzione amministrativa" (A1054\_P21\_D01). Nel corso del 2024 il Codice etico e di comportamento aziendale è stato integrato con i contenuti di tale documento.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Codice etico e di comportamento	UPD per il tramite del Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Gestione delle violazioni del Codice	Relazione da presentare al RPCT dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza	Produzione della relazione	Annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno
Codice etico e di comportamento	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Diffusione conoscenza del Codice a tutto il personale neoassunto	Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del Codice	Inserimento nel 100% dei contratti individuali della clausola di presa visione	Al momento della stipula del contratto di lavoro	Commissione Internal Auditing  Verifica semestrale di n. 5 contratti individuali di lavoro  15/07 e il 15/01 di ciascun anno

Codice etico e di comportamento	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Verifica della conoscenza del Codice e della normativa in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza all'atto della selezione del personale	Inserimento nei bandi di selezione del personale di nozioni in merito al Codice etico e di comportamento ed alla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Inserimento nel 100% dei bandi di selezione del personale di nozioni in merito al Codice etico e di comportamento ed alla normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	All'atto dell'emissione del bando	Commissione Internal Auditing  Verifica annuale di n. 2 bandi per selezione del personale  15/01 di ciascun anno
Codice etico e di comportamento	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Monitoraggio provvedimenti disciplinari comminati in relazione alle attività connesse alla gestione dell'emergenza (es. uso scorretto smart working)	Relazione specifica delle tipologie di violazioni del codice di comportamento e/o con rilievo penale durante la fase emergenziale collegabili direttamente o indirettamente all'emergenza e relative sanzioni	Produzione della relazione	Semestrale	RPCT  15/07/2024 e 15/01/2025

### Codice di condotta per l'integrità della ricerca

Il nuovo comma 5 bis dell'art. 8 del D.Lgs. n. 288 del 16/10/2003, come novellato dal D. L.gs. n. 200 del 23/12/2022 - Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - statuisce che "(...) *Gli Istituti adottano e aggiornano periodicamente un codice di condotta per l'integrità della ricerca. Il personale in servizio presso gli IRCCS è tenuto ad aderire ad un codice di condotta che disciplina prescrizioni comportamentali volte al corretto utilizzo delle risorse e al rispetto di regole di fair competition*".

Il rispetto dei principi degli standard e di integrità della ricerca costituisce garanzia della sua qualità e contribuisce ad amplificare la rilevanza della scienza e a rafforzare le aspettative riposte in essa da parte della società civile, con importanti ricadute sullo sviluppo della ricerca stessa, nonché sul benessere della società. I principi dell'integrità della ricerca ovvero affidabilità, onestà, rispetto e responsabilità devono ispirare tutte le fasi in cui si esplica.

Alla luce di quanto sopra il Consiglio di Amministrazione della FSGT con deliberazione n. 58 del 19/12/2023 ha adottato - anche in attuazione della comunicazione del Ministero della Salute pubblicata sul workflow della ricerca in data 23/03/2023 - il Codice di Condotta per l'Integrità della Ricerca, pubblicato nel sito web istituzionale.

### Rotazione del personale e segregazione delle funzioni

Con delibera n. 215 del 26.03.2019 l'ANAC ha prodotto le linee guida in materia di applicazione della misura della **rotazione straordinaria** di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D. L.gs. n. 165 del 2001.

L'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D. L.gs. n. 165 del 2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali "*provvedano al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato,*

*la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”.*

La rotazione straordinaria è un provvedimento adottato in una fase del tutto iniziale del procedimento penale, il legislatore ne circoscrive l'applicazione alle sole condotte di natura corruttiva, le quali, creando un maggiore danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata. Con deliberazione n. 525 del 9.12.2021 è stato approvato il Regolamento per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area sanità, in cui è stato disciplinato l'istituto della rotazione straordinaria.

Nell'ambito del PNA la **rotazione ordinaria** del personale addetto alle aree a rischio è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

Il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.

In particolare, occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione, senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Infatti tale misura presenta non poche difficoltà, in considerazione del fatto che essa si pone in contrasto con il principio di continuità dell'azione amministrativa che invece comporta la valorizzazione delle professionalità acquisite dai dipendenti. Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via di emergenza o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale. Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

In materia di rotazione di incarichi, si deve tener conto, altresì, di quanto specificato dall'ANAC con la delibera 13/2015, secondo cui:

- la rotazione è rimessa all'autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;
- la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato rischio tecnico.
- Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico.

Nel caso in cui sussista l'impossibilità oggettiva e motivata di rotazione, la Fondazione adotterà, in ogni caso, misure "rinforzate" sui processi in questione, quali l'introduzione del meccanismo della distinzione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni", con attribuzione a soggetti diversi dei compiti di:

- svolgere istruttorie ed accertamenti;
- adottare decisioni;
- attuare decisioni prese;
- effettuare verifiche.

FSGT applica, in conformità ai suddetti principi, compatibilmente con le disposizioni normative e contrattuali specifiche delle Aziende Sanitarie, il Regolamento aziendale sulla rotazione del

personale nelle aree a rischio corruzione”, adottato dall’allora ASST Monza con deliberazione n. 2285 del 18/12/2018.

La rotazione del personale dipendente (Dirigenti e del Comparto) interessa le Strutture delle aree a rischio, così come mappate nel presente documento spetta al Dirigente responsabile per competenza gerarchica la programmazione, gestione e verifica della rotazione ove possibile.

Nel corso del 2023 con Decreto del Direttore Generale n. 220 del 7/06/2023 si è dato atto del positivo confronto, previsto dall’art. 6, lettera e) del CCNL relativo al personale del Comparto Sanità del 2/11/2022 in materia di criteri per la graduazione degli incarichi con la delegazione trattante di parte sindacale ed è stata approvata la “Disciplina dell’istituto degli incarichi di posizione e di funzione per il personale del Comparto”; con successivo Decreto del Direttore Generale n. 220 del 7/06/2023 è stata approvata la mappatura degli incarichi di funzione da attivare del personale del Comparto e sono stati successivamente pubblicati i relativi bandi.

Per l’anno 2025 la rotazione degli incarichi riguarderà le seguenti Aree:

Area del Comparto: in applicazione del nuovo regolamento si procederà alla assegnazione di nuovi incarichi di funzione e delle funzioni di coordinamento;

Area della Dirigenza:

- espletamento di concorsi pubblici per dirigenti medici di Struttura Complessa in sostituzione di quelli collocati a riposo per pensionamento;
- implementazione della Direzione Scientifica.

Per l’anno 2025 ci si propone di stendere una puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili al rischio di corruzione, a partire dall’individuazione delle funzioni fungibili utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Rotazione del personale e segregazione delle funzioni	S.C. Gestione Risorse Umane	Rispetto del principio di rotazione ordinaria degli incarichi	Puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili a partire dall’individuazione delle funzioni fungibili utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse	Produzione della mappatura	31/12/2025	RPCT 31/12/2024

#### Inconferibilità e Incompatibilità

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

La delibera ANAC n. 149/2014, ha limitato, per le Aziende sanitarie ai soli direttori aziendali, Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario, (in Regione Lombardia anche al Direttore Sociosanitario) l’ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità ex D. Lgs. n. 39/2013, precisando che: *"Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore*

amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt.5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39”.

Sono soggetti alle disposizioni di cui al D. Lgs. n. 39/2013 i componenti del Consiglio di Amministrazione, il Presidente, il Direttore Generale e il Direttore Scientifico. Inoltre, in considerazione della delibera ANAC n. 149/2014, che ha stabilito, per le Aziende del S.S.N. l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconfiribilità e incompatibilità ex D. Lgs. n. 39/2013 ai soli Direttori; si provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconfiribilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 anche per gli incarichi conferiti al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, acquisendo annualmente, ai sensi dell'art. 20, c. 2 del D. Lgs. n. 39/2013, le apposite dichiarazioni. Le dichiarazioni sono pubblicate sul sito web istituzionale della Fondazione GST nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

Alla luce di quanto sopra, la S.C. Affari Generali e Legali provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconfiribilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 acquisendo annualmente, ai sensi dell'art. 20, c. 2 del D. Lgs. n. 39/2013, apposita dichiarazione. Le dichiarazioni sono pubblicate sul sito web della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori nella apposita sezione Amministrazione Trasparente.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Verifica sulle dichiarazioni di inconfiribilità e incompatibilità	Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Garanzia del rispetto delle autodichiarazioni presentate	Raccolta e verifica sulle dichiarazioni presentate dai Direttori	Numero delle dichiarazioni raccolte e verificate = 100%	Annuale	Commissione Internal Auditing  31/03 di ciascun anno

#### Gestione dei conflitti di interesse

Il conflitto di interesse è un tema di particolare rilevanza all'interno del settore della tutela della salute perché è condizione molto frequente nel rapporto fra medico e paziente, nella relazione fra operatori e soggetti esterni; in quanto tale può influenzare le decisioni cliniche che incidono sulla salute delle persone e comportare oneri impropri a carico delle finanze pubbliche.

In termini generali, si può affermare che si è in presenza di un conflitto di interessi “*quando un interesse secondario (privato o personale) interferisce o potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere le potenzialità di interferire) con la capacità di una persona di agire in conformità con l'interesse primario di un'altra parte*”. L'interesse primario può riguardare la salute di un paziente, l'oggettività della informazione scientifica, ecc.; l'interesse secondario può essere un guadagno economico, un avanzamento di carriera, un beneficio in natura, un riconoscimento professionale, ecc.

La Fondazione, proprio in considerazione della complessità delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello operano nel settore sanitario ed intervengono nei processi decisionali, anche in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013 e dal Codice etico e di comportamento aziendale, dispone che i professionisti di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione che implichi responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Le suddette dichiarazioni pubbliche di interessi rappresentano un'ulteriore misura di prevenzione della corruzione da inserirsi tra le azioni di contrasto a potenziali eventi a rischio corruttivo che possono riguardare trasversalmente le aree sopra indicate.

Nella consapevolezza che l'eliminazione di situazioni di conflittualità è uno degli strumenti che concorrono alla prevenzione della corruzione, l'articolo 1 comma 41 della L. 190/2012 ha introdotto, con l'articolo 6 bis della L. 241/1990, l'obbligo di astensione, in caso di conflitto di interessi, del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, imponendo a tali soggetti l'obbligo di segnalare ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo, e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine della Fondazione.

Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.

In quest'ottica la Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori con deliberazione n. 2286 del 18.12.2018, ha approvato il Regolamento in materia di conflitti di interesse (corredato da idonea modulistica), tenendo conto di due aspetti fondamentali:

1. creare consapevolezza dell'obbligo di astensione da parte dei dipendenti;
2. coadiuvare il Responsabile della struttura che deve decidere sull'astensione.

Fermi restando gli obblighi di legge previsti per i casi specifici, l'Azienda ha già da tempo disciplinato la procedura di verifica e gestione delle situazioni di conflitto di interesse in specifici articoli dedicati alla tematica in questione.

In base al Codice etico e di comportamento aziendale, il dovere di astensione è d'obbligo anche per tutti i soggetti che operano, sia pure occasionalmente, in nome e nell'interesse dell'azienda e che si trovano ad avere un interesse attualmente o potenzialmente in conflitto con quello dell'azienda stessa (es. cointeressenze con fornitori o clienti) o che potrebbe interferire con la capacità di assumere decisioni coerenti con gli obiettivi aziendali.

Tali soggetti devono astenersi dal porre in essere ogni atto in merito e segnalare la sussistenza del conflitto al diretto superiore o ad altra funzione aziendale, affinché compiano le opportune valutazioni.

Le violazioni delle norme in tema di conflitto di interessi possono dare luogo, oltre all'invalidità del procedimento e del suo provvedimento conclusivo, a responsabilità di carattere civile, penale, amministrativo, contabile e disciplinare, nonché a conseguenze/sanzioni di carattere pecuniario, in relazione alle fattispecie considerate.

Si ricorda la delibera n. 494 del 5/06/2019 dell'ANAC "*Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici*", ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs n. 50/2016 e s.m.i., che espressamente richiede alle stazioni appaltanti di individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti.

Dal 2018 è attiva una cartella elettronica condivisa tra le diverse Strutture interessate per la gestione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse raccolte, al fine di potere effettuare le dovute verifiche interne sui soggetti ai quali vengono conferiti dall'Azienda poteri autoritativi e negoziali, attraverso i dati raccolti anche sulle autorizzazioni concesse agli stessi per attività extra officio (ex art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.).

La cartella risulta regolarmente alimentata ed utilizzata nel corso dell'anno 2024.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Gestione conflitti di interesse	Direttori e Responsabili delle strutture aziendali che raccolgono le dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse	Evitare che la condizione di conflitto di interessi si trasformi in un comportamento illecito	Acquisizione dichiarazione sostitutiva relativa all'assenza di situazioni di conflitto di interesse	Raccolta del 100% delle dichiarazioni e verifica a campione di almeno 1% delle dichiarazioni presentate	Al momento dell'assegnazione/autorizzazione dell'attività, con controllo semestrale delle verifiche e dichiarazioni raccolte	Commissione Internal Auditing  Verifica semestrale di n. 3 dichiarazioni verificate su n. 2 strutture responsabili della raccolta  15/07 e 15/01 di ciascun anno
Gestione conflitti di interesse	Direttori S.C. Gestione Risorse Umane  Ingegneria Clinica  Gestione Acquisti ed Economato  Tecnico Patrimoniale  Formazione  Ricerca e Sperimentazioni Cliniche Affari Generali e Legali	Evitare che la condizione di conflitto di interessi si trasformi in un comportamento illecito	Alimentazione costante della cartella condivisa per la verifica e gestione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse e delle autorizzazioni ex art 53 D.Lgs. 165/2001	Inserimento di almeno il 90% delle dichiarazioni e delle autorizzazioni	Al momento della raccolta	Commissione Internal Auditing  15/07 e 15/01 di ciascun anno

## Il Sistema dei controlli interni

Nella pubblica amministrazione sono previsti controlli diversi, in base alle differenti finalità. Presso l'ASST di Monza sono presenti i controlli di seguito riportati:

- A) con riferimento agli istituti di cui al D. L.gs. n. 286 del 30 luglio 1999 e D. L.gs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i.:
- 1) il **controllo di regolarità amministrativa e contabile**, diretto a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa;
  - 2) il **controllo di gestione**, volto alla verifica dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati, anche attraverso interventi di correzione;
  - 3) il **controllo e la valutazione delle performance/prestazioni** assolto dal Nucleo di valutazione delle Prestazioni. Si tratta di un controllo che racchiude la valutazione della performance organizzativa e individuale;
- B) con riferimento ad altre norme:
- 4) il **controllo assolto dal Collegio Sindacale** (art. 13, c. 14 della L.R. n. 33/2009 e s.m.i.) che riguarda la regolarità amministrativa contabile e la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
  - 5) il **Collegio di Direzione** (L.r. n. 23/2015, Deliberazione della Giunta Regionale n. X/4979 del

- 30.03.2016), organo della Fondazione che ha la funzione di coadiuvare e supportare la Direzione Generale per l'esercizio della funzione di governo dell'ASST con funzioni consultive e propositive;
- 6) le funzioni di **Internal Auditing** (L.R. n. 17 del 4 giugno 2014), strumento per la valutazione dell'efficacia dei sistemi di controllo interni. E' una funzione indipendente, che risponde direttamente al Direttore Generale, fornisce il supporto per implementare interventi rivolti alla risoluzione di anomalie e al miglioramento dei processi. Entro il 31 gennaio di ogni anno viene approvato un piano annuale;
- 7) il **Sistema di gestione per la qualità aziendale e risk management**:
- entrambi, per le rispettive competenze, contribuiscono alla verifica dei processi e degli standard ottimali di esecuzione delle prestazioni;
  - attraverso la predisposizione di linee guida, protocolli, procedure, istruzioni operative e gestionali vengono descritte le modalità di governo ed esecuzione dei processi sia sociosanitari sia tecnico amministrativi;
- 8) il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**,
- 9) il **Responsabile della protezione dei dati personali (RPD - DPO)** (Regolamento Europeo n. 679 del 27 aprile 2016) quale supervisore indipendente cui compete:
- informare e fornire consulenza a dipendenti degli obblighi derivanti dal regolamento europeo;
  - sorvegliare l'osservanza del regolamento;
  - sorvegliare sulle attribuzioni delle responsabilità, sulle attività di sensibilizzazione, formazione e attività di controllo;
- fornire pareri e sorvegliare alla redazione della Data Protection Impact Assessment (DPIA);
- fungere da punto di contatto e collaborare con l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali;
  - controllare che le violazioni dei dati personali siano documentate, notificate e comunicate (Data Breach).
- Con deliberazione n. 1715 del 19.11.2020 l'ASST ha disposto di affidare, a decorrere dal 19.11.2020 il "*Servizio di DPO Data Protection Officer in ambito Data Protection - trattamento dei dati personali Regolamento 679/2016/UE*" alla società Gruppo Ecosafety S.r.l. di Roma, che ha conferito l'incarico di DPO - Data Protection Officer (Responsabile del Trattamento dei Dati) dell'ASST di Monza all'avv. Alessia Vincenza Ferrari;
- 10) Il **Responsabile della sicurezza delle informazioni** (Linee guida regionali, Regolamento Europeo n. 679 del 27 aprile 2016, Direttiva NIS) cui compete:
- la definizione e il coordinamento di un piano operativo per garantire la sicurezza delle informazioni, congiuntamente ai singoli dipartimenti;
  - l'esecuzione e aggiornamento dell'analisi dei rischi di sicurezza; -il monitoraggio del corretto funzionamento delle misure di protezione adottate; -entro il 31 gennaio di ogni anno viene adottato un piano biennale;
- 11) Il **Servizio Prevenzione e Protezione (SPP)** (D. Lgs. n. 81 del 2008): è l'insieme dei soggetti, dei sistemi e mezzi esterni o interni all'ASST finalizzati all'attività di prevenzione e protezione dei rischi professionali per i lavoratori. Il Responsabile (RSPP), designato dal Datore di Lavoro, ha la funzione di dare coordinamento e razionalità agli interventi del Servizio; -collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi, il Medico competente secondo quanto previsto dall'art. 29, comma 1, del DLGS n. 81/2008;
- 12) Il **Percorso attuativo della certificabilità dei bilanci (PAC)**:
- il percorso PAC è finalizzato al raggiungimento degli standard procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del SSL;
  - le azioni si sviluppano nel rispetto dell'ordine di priorità assegnato da Regione Lombardia per ciascuna area tematica ed in coerenza con il modulo organizzativo adottato;
- 13) Le **attività con finalità di antiriciclaggio** (art. 10 del D. L.gs. n. 231/2007) affidate al gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio:
- le Pubbliche Amministrazioni svolgono un ruolo di cooperazione nel sistema di contrasto al fenomeno di riciclaggio e finanziamento del terrorismo;
  - le pubbliche amministrazioni sono tenute a comunicare all'Unità di informazione Finanziaria, (UIF) istituita presso la banca d'Italia, dati e informazioni concernenti le

operazioni sospette di cui vengono a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale.

## **LE MISURE SPECIFICHE**

Vengono di seguito evidenziate le misure specifiche relative alle singole aree di rischio suddivise per area di interesse (riportate in sintesi nell'**Allegato 2**) e che si aggiungono a quelle generali trasversali riportate nei punti precedenti.

### **1. Area di rischio CONTRATTI PUBBLICI - Affidamento di lavori e forniture di beni e servizi**

1. Ogni anno l'Azienda procede, contestualmente all'approvazione del bilancio preventivo, all'approvazione del programma annuale per l'acquisizione di beni e servizi e all'approvazione dell'elenco annuale dei lavori ricompresi nel programma triennale relativi all'esercizio successivo.
2. Al tal fine i responsabili delle SS.CC. Gestione Acquisti ed Economato, Tecnico-Patrimoniale, Ingegneria Clinica, Farmacia, Affari Generali e Legali e Servizio Informativo Aziendale presentano entro il 31 dicembre di ogni anno una relazione -previa acquisizione, ove necessario, del parere della Commissione HTA aziendale (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT) alla Direzione Generale contenente:
  - a) un'analisi motivata delle effettive esigenze di beni e servizi da soddisfare nel nuovo esercizio attraverso una valutazione quantitativa e qualitativa svolta sulla base della propria esperienza pregressa e/o delle esperienze delle altre aziende del Sistema Sanitario Regionale e/o nazionale da cui possa derivare un miglioramento dell'economicità e/o dell'efficacia dell'azione amministrativa; una valutazione dei costi/benefici dell'affidamento dei servizi all'esterno, anche con riferimento al lungo periodo, in luogo della gestione diretta degli stessi con personale dipendente;
  - b) l'individuazione dell'oggetto dei contratti, degli importi presunti, della relativa forma di finanziamento, del Responsabile Unico del Procedimento (RUP);
  - c) una valutazione delle alternative contrattuali e procedurali possibili al fine di individuare la soluzione più efficiente ed efficace per il soddisfacimento dei bisogni; in tale valutazione rientra anche la scelta tra l'esperimento di un'autonoma procedura di gara o il ricorso a strumenti di centralizzazione (salvo i casi in cui quest'ultimi siano imposti per legge o provvedimenti regionali).

Sono di seguito riportate le misure già introdotte negli anni 2016/2021, che saranno mantenute anche per il triennio di vigenza del presente Piano, con indicazione di alcune nuove misure specifiche, riportate altresì nell'Allegato 2.

#### **1.1 Clausola di divieto di pantouflage**

In ottemperanza di quanto previsto all'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., già a decorrere dall'anno 2016, si è disposto l'inserimento della seguente clausola negli schemi di contratti pubblici di acquisizione di beni e servizi e di affidamento di lavori:

*“L'aggiudicatario, con la sottoscrizione del presente contratto, dichiara che, a decorrere dall'entrata in vigore del comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (28.11.2012), non ha affidato incarichi o lavori retribuiti, di natura autonoma o subordinata, a ex dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del medesimo decreto, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi avevano esercitato, nei confronti dell'aggiudicatario medesimo, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza, consapevole del divieto di conferire tali incarichi previsto dall'art.16-ter del D. L.gs. 265/2001.”.*

E' fatto divieto per il dipendente cessato dal servizio di svolgere attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dei poteri negoziali e autoritativi esercitati in favore degli stessi. Tale divieto è da intendersi esteso a tutti i soggetti assimilabili ai dipendenti pubblici, quindi a coloro

che sono legati alla Pubblica Amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, determinato o autonomo (parere ANAC AG/2 del 4/02/2015).

I dipendenti con poteri autoritativi o negoziali sono soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della P.A., i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici o che comunque hanno il potere di incidere in modo determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (perizie, pareri, certificazioni) che vincolano in maniera significativa la decisione della P.A..

Pertanto il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia sottoscritto l'atto, ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

Le conseguenze della violazione del divieto di *pantouflage* attengono in primo luogo alla nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati.

Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del divieto di pantouflage, dichiarazioni e controllo sui cessati

In ottemperanza di quanto previsto all'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. n. 165/2001, che dispone l'inserimento della clausola di *pantouflage*, negli schemi di contratti pubblici di acquisizione di beni e servizi e di affidamento di lavori, in base alla quale "L'aggiudicatario dichiara che, a decorrere dall'entrata in vigore del comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (28/11/2012), non ha affidato incarichi o lavori retribuiti, di natura autonoma o subordinata, a ex dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del medesimo decreto, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi avevano esercitato, nei confronti dell'aggiudicatario medesimo, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza, consapevole del divieto di conferire tali incarichi previsto dall'art.16-ter del D.LGS. 265/2001", la Fondazione ha inserito nei nuovi contratti individuali dei propri dipendenti una clausola di presa visione del suddetto divieto.

Il RPCT, che venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, deve segnalare la violazione agli Organi di indirizzo della Fondazione ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

**TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA**

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Divieto di pantouflage	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.C. Ingegneria Clinica Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Evitare situazioni potenziali di conflitti di interesse e favoritismi	Inserimento negli schemi contrattuali con i fornitori della clausola di divieto di pantouflage	Inserimento della clausola nel 100% degli schemi contrattuali	All'atto della stesura dello schema contrattuale	Commissione Internal Auditing  Verifica semestrale di n. 3 schemi contrattuali  15/07 e 15/01 di ciascun anno

**1.2 Patti di integrità**

L'art. 1, comma 17, della legge 190/2012 prevede espressamente la possibilità di introdurre negli avvisi, bandi di gara e lettere di invito clausole di rispetto della legalità la cui inosservanza può essere sanzionata con l'esclusione dalla gara.

Regione Lombardia ha negli anni potenziato il contrasto alle forme di illegalità, segnatamente quelle originate dalla criminalità organizzata, attraverso iniziative volte a contrastare e prevenire i tentativi di infiltrazione mafiosa, tra cui la L.R. n. 17 del 24 giugno 2015 *“Interventi regionali per la prevenzione e il contrasto della criminalità organizzata e per la promozione della cultura della legalità”*.

Il Patto di integrità in materia di contratti pubblici costituisce un accordo tra la stazione appaltante e i soggetti partecipanti alle gare i quali si vincolano al mantenimento di condotte improntate a principi di trasparenza e legalità e rappresenta una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive nel delicato settore dei contratti pubblici.

Il Patto di integrità rappresenta quindi una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive nel delicato settore dei contratti pubblici e si applica alle procedure di affidamento.

A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 50/2016, Regione Lombardia con DGR n. XI /1751 del 17/06/2019 ha approvato il nuovo Patto di integrità (che ha interamente sostituito quello precedente approvato con DGR n. 1299 del 30 gennaio 2014).

I commi 4 e 5 dell'art. 5 *“Violazione del patto d'integrità”* della DGR n. XI /1751 dispongono quanto segue:

*La Stazione appaltante segnala al proprio Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza qualsiasi atto del candidato o dell'offerente che integri tentativo influenzare, turbare o falsare lo svolgimento delle procedure di affidamento o l'esecuzione dei contratti.*

*Il candidato o l'offerente segnalano al Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza della Stazione appaltante qualsiasi atto posto in essere da dipendenti della Stazione appaltante o da terzi volto a influenzare, turbare o falsare lo svolgimento delle procedure di affidamento o l'esecuzione dei contratti, e, laddove ritenga sussistano gli estremi di un reato, denuncia i fatti all'Autorità giudiziaria o ad altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne.*

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Patto di integrità	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale Direttore S.C. Ingegneria Clinica Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Evitare eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive	Inserimento nelle lettere di invito/schema contrattuale del Patto di integrità aggiornato con DGR n. XI /1751 del 17/06/2019	Inserimento del Patto di integrità nel 100% delle lettere di invito/schema contrattuale	All'atto della stesura della lettera di invito/schema contrattuale	Commissione Internal Auditing  Verifica semestrale di n. 3 lettere di invito/schemi contrattuali  15/07 e 15/01 di ciascun anno

### 1.3 Programmazione dei fabbisogni

La programmazione dei fabbisogni permette di minimizzare il ricorso a procedure di acquisto in economia riducendo i costi di approvvigionamento e rendendo più efficiente il processo di approvvigionamento interno all'Azienda.

L'art. 1, comma 505 della Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n.208) aveva già previsto l'obbligo di approvazione da parte delle Pubbliche Amministrazioni, entro il mese di ottobre di ciascun anno, di un **programma biennale degli acquisti di beni e servizi di importo unitario superiore al milione di Euro.**

Il programma biennale, predisposto sulla base dei fabbisogni di beni e servizi, deve indicare **l'oggetto delle prestazioni, la quantità, ove disponibile il numero di riferimento della nomenclatura, le relative tempistiche.** Il programma biennale e gli aggiornamenti sono comunicati alla S.S. Controllo di Gestione, e pubblicati sul profilo del committente e sul sito informatico dell'Osservatorio dei contratti pubblici presso l'ANAC, nonché nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale.

L'art. 21 del D. Lgs n. 50/2016 e s.m.i. (nuovo Codice dei contratti pubblici) rafforza il concetto di programmazione dei fabbisogni, specificando che *"Le amministrazioni aggiudicatrici adottano il programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali. I programmi sono approvati nel rispetto dei documenti programmatori e in coerenza con il bilancio" ... "Il **programma triennale dei lavori pubblici** e i relativi aggiornamenti annuali contengono i lavori il cui valore stimato sia pari o superiore a 100.000 euro e indicano" ... "i lavori da avviare nella prima annualità, per i quali deve essere riportata l'indicazione dei mezzi finanziari stanziati sullo stato di previsione o sul proprio bilanci..."*

*"Il **programma biennale di forniture e servizi** e i relativi aggiornamenti annuali contengono gli acquisti di beni e di servizi di importo unitario stimato pari o superiore a 40.000 euro"*

*"Il programma biennale degli acquisti di beni e servizi e il programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali sono pubblicati sul profilo dell'azienda, sul sito informatico del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti e dell'Osservatorio..."*

L'obbligo di approvazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi, così come definito all'articolo 21 del D.Lgs n. 50/2016 e s.m.i., si applica a decorrere dal bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2018, ai sensi dell'art. 1, comma 424 della Legge 11/12/2016, n. 232.

A ciò si aggiunge l'entrata in vigore del D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 "Codice dei contratti pubblici", recentemente modificato dal c.d. "correttivo" D. Lgs. 19 aprile 2017, n. 56, che ha innovato la gestione delle procedure di gara e la fase dell'esecuzione, modificando significativamente le modalità operative in materia di appalti pubblici e concessioni.

Ne è derivata la necessità, emersa dalle S.C. Gestione Acquisti, S.C. Gestione Tecnico-Patrimoniale, S.S. Ingegneria Clinica, S.C. Economico-Finanziaria, S.C. Affari Generali e Legali di agire negli ambiti nei quali la normativa lascia spazio alla semplificazione dell'azione amministrativa, cosicché, da un lato, non si aggravi il procedimento e, dall'altro, pur nel pieno rispetto delle disposizioni vigenti, si possa garantire agli operatori quella flessibilità che consente di realizzare i criteri di efficacia, efficienza ed economicità, mediante il Regolamento per le procedure d'acquisto di beni, servizi e per l'esecuzione di lavori sotto le soglie comunitarie, adottato con deliberazione n. 2150 del 4.12.2018. Si ravvisa la necessità di aggiornare tale Regolamento entro il 31.12.2025.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Programmazione dei fabbisogni	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Approvazione del Programma biennale di forniture e servizi e programma triennale dei lavori	Pubblicazione sul sito web aziendale dei due programmi	31/10 di ciascun anno Programma biennale di forniture beni e servizi superiori a 1 Milione euro	RPCT 31/12 di ciascun anno 30/04 di ciascun anno

	In collaborazione con:  Direttore S.C. Ingegneria Clinica  Direttore S.C. AGL  Direttore S.C. Farmacia				Entro data approvazione e bilancio (30/04 di ciascun anno) programmi triennale dei lavori e biennali delle forniture beni e servizi sopra i 40.000 euro	
Programmazione dei fabbisogni	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale  Direttore S.C. Ingegneria Clinica  Direttore S.C. AGL	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Relazione riportante un'analisi motivata delle effettive procedure di acquisto attivate, con indicazione dell'eventuale scostamento rispetto al fabbisogno riportato nella programmazione	Presentazione della relazione	annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno
Programmazione dei fabbisogni	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale  Direttore S.C. Ingegneria Clinica  Direttore S.C. Affari Generali e Legali	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Report riportante il n. delle proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore)	Presentazione del report	annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno
Programmazione dei fabbisogni	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale  Direttore S.C. Ingegneria Clinica  Direttore S.C. AGL	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Aggiornamento del "Regolamento per le procedure d'acquisto di beni, servizi e per l'esecuzione di lavori sotto le soglie comunitarie"	1) Approvazione dell'aggiornamento del Regolamento entro il 31/12/2024 2) Report sugli acquisti in affidamento diretto, riportante: fornitore, tipologia di fornitura, quantità e valore rispetto al totale degli acquisti	1) 31/12/2024 2) annuale	1) RPCT 31/12/2024 2) RPCT  15/01 di ciascun anno

## 1.4 Procedura per la definizione dell'iter da seguire per l'acquisto di forniture di beni esclusivi o infungibili

Tra le misure specifiche per la gestione dei processi di acquisto in ambito sanitario di rilevante importanza rivestono le misure per affrontare, in modo sistemico e strategico, le situazioni, anche potenziali, di conflitti di interesse, considerato che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso coloro che utilizzano i beni acquistati. L'argomento riveste una particolare rilevanza alla luce anche del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., che, all'art. 42, reca una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione dei conflitti di interesse che possono essere percepiti come minaccia all'imparzialità e all'indipendenza del personale della stazione appaltante.

In particolare, per le richieste di acquisto di beni esclusivi o infungibili, occorre prestare ancor maggior attenzione a potenziali e/o effettivi conflitti di interesse che possono riguardare il sanitario che dichiara la necessità di acquisto di un bene di tal natura.

Per il ricorso a procedure negoziate, senza previa pubblicazione di un bando, per l'acquisto di forniture e servizi ritenuti esclusivi/infungibili, l'Azienda aveva già adottato nel corso del 2018 le seguenti misure:

- documento unico, condiviso tra i Responsabili dell'area dei contratti pubblici, che definisce, l'iter da seguire per acquisizioni di beni esclusivi/infungibili, coinvolgendo e sensibilizzando i sanitari interessati;
- predisposizione di una modulistica per le proposte di acquisto di tali beni, che contempli anche le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, da parte dei sanitari richiedenti.

Con DGR n. XI/491 del 2/08/2018, Regione Lombardia, nell'Allegato C alla medesima DGR, ha definito Linee Guida che si propongono di fornire indicazioni circa le modalità da seguire nei casi in cui le stazioni appaltanti, al ricorrere dei presupposti individuati dal legislatore nel Codice dei Contratti Pubblici, all'art. 63, decidano di attivare procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando, finalizzate all'acquisizione di beni e servizi infungibili e in regime di esclusività tecnica.

Si precisa che infungibilità ed esclusività non sono sinonimi:

**L'Infungibilità** attiene ad aspetti funzionali e di risultato, in quanto il bene/servizio non può essere sostituito da altro bene/servizio in grado di soddisfare il medesimo bisogno.

**L'Esclusività** attiene ad aspetti giuridici e commerciali (vale a dire vi è la sussistenza di protezione del bene discendente da brevetto o privativa industriale), ma indipendentemente da ciò può essere sostituito da altro bene che soddisfi il medesimo bisogno.

Fermo restando che la valutazione in ordine all'infungibilità di un bene/servizio rientra nella piena responsabilità della stazione appaltante, vengono di seguito indicati alcuni criteri logico/giuridici che potranno essere tenuti in considerazione nell'ambito dell'analisi, che dovranno essere di volta in volta documentate, ai fini della dichiarazione di infungibilità:

**FARMACI:** risultano/non risultano essere disponibili, nel contesto della farmacopea ufficiale e dei processi registrativi effettuati presso l'EMA, farmaci alternativi equivalenti dal punto di vista clinico-terapeutico ovvero con effetto terapeutico comparabile, fatte salve le variabilità individuali dei pazienti e le esigenze di garanzia della continuità terapeutica;

**DISPOSITIVI MEDICI:** risultano / non risultano essere disponibili, nel Repertorio Nazionale/nella Banca Dati Nazionale, prodotti con caratteristiche che garantiscano soluzioni equivalenti in termini di prestazioni o requisiti funzionali, fatte salve le variabilità individuali dei pazienti e le esigenze di garanzia della continuità terapeutica;

**BENI DUREVOLI:** a qualunque titolo acquisiti (es. apparecchiature sanitarie, relativi componenti e accessori, strumentazione IVD, attrezzature tecnico-economiche):

- Insussistenza/sussistenza di ragioni di natura tecnica correlate a specifiche indicazioni di natura e di destinazione d'uso diagnostico terapeutica e di risultato;

- Insussistenza/sussistenza di ragioni di rinnovo parziale o ampliamento di forniture esistenti nel caso in cui l'impiego di altre apparecchiature di natura simile comporti incompatibilità o difficoltà/rischi tecnici in misura sproporzionata;

**MATERIALE DI CONSUMO** (collegato all'utilizzo di beni durevoli): possibilità/impossibilità di ricorso all'utilizzo di materiali pienamente compatibili (così come definito nelle direttive europee di regolamentazione dei dispositivi medici) con le apparecchiature in dotazione, o comunque valutazione in merito alla insussistenza/alla sussistenza di rischi, nell'ipotesi di utilizzo di altri prodotti presenti sul mercato, in termini di:

- a) sicurezza degli operatori e degli utenti;
- b) qualità del risultato dal punto di vista diagnostico-terapeutico;
- c) aggravamento degli oneri economici discendenti dai servizi di manutenzione ordinaria e straordinaria.

**SERVIZI DI MANUTENZIONE ATTREZZATURE SANITARIE:** valutazione in merito alla insussistenza/sussistenza di rischi, nell'ipotesi di affidamento di tali servizi a operatori diversi dal produttore delle apparecchiature, o ad altri soggetti da quest'ultimo autorizzati o a soggetti nella indisponibilità degli strumenti necessari alla manutenzione (manuali, strumenti dedicati, firmware, aggiornamento sw, ecc.) in termini di:

- a) rischio per la sicurezza degli operatori e degli utenti;
- b) qualità del risultato dal punto di vista diagnostico-terapeutico;
- c) assenza di garanzia/insufficiente garanzia in ordine alla piena funzionalità dell'apparecchiatura, con possibile conseguente aggravamento dei costi connessi alla anticipata sostituzione della stessa.

**SERVIZI DI MANUTENZIONE E ASSISTENZA AI SOFTWARE:** valutazione in merito alla insussistenza/sussistenza di rischi, nell'ipotesi di affidamento di tali servizi a operatori diversi dallo sviluppatore del software o ad altri soggetti da quest'ultimo autorizzati, e conseguentemente non in possesso del codice sorgente del software, in termini di:

- a) funzionalità della procedura;
- b) garanzia di adeguamento o implementazione della stessa in relazione a sopravvenute disposizioni normative o esigenze organizzative;
- c) incompatibilità totale/parziale con le dotazioni hardware e conseguente aggravio di costi di investimento.

Qualora il software si configuri come dispositivo medico, o sia comunque collegato a procedure di natura diagnostico terapeutica, sarà necessario valutare eventuali rischi connessi alla sicurezza degli operatori e degli utenti e alla qualità del risultato dal punto di vista diagnostico-terapeutico.

**ACQUISIZIONE SOFTWARE:** valutazione attenta del rischio di aumento sproporzionato dei costi economici ed organizzativi correlato alla sostituzione delle procedure gestite con il software in questione.

Qualora il software si configuri come dispositivo medico, o sia comunque collegato a procedure di natura diagnostico terapeutica, sarà necessario valutare eventuali rischi connessi alla sicurezza degli operatori e degli utenti e alla qualità del risultato dal punto di vista diagnostico-terapeutico.

In considerazione della DGR n. XI/491 del 2/08/2018, Allegato C, i Direttori della S.C. Gestione Acquisti ed Economato, delle SS.CC. Tecnico-Patrimoniale, Farmacia, Ingegneria Clinica e SIA, avranno l'obbligo di trasmettere alla Direzione Strategica **una rendicontazione periodica semestrale sugli acquisti di beni e servizi infungibili**, specificando le tipologie di prodotti/servizi ed il valore di acquisto. Tale report dovrà essere trasmesso in copia anche al RPCT.

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la definizione dell'iter da seguire per l'acquisto di forniture di beni esclusivi o infungibili.	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale  Direttore S.C. Ingegneria Clinica Direttore S.C. Farmacia SIA	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse	Applicazione della procedura nel caso di richiesta di acquisto di beni esclusivi o infungibili	Rendicontazione sugli acquisti di beni e servizi infungibili, con indicazione delle tipologie di prodotti/servizi ed il valore di acquisto, da inviare con cadenza semestrale alla Direzione Strategica e a RPCT	Semestrale	RPCT  15/01 di ciascun anno

### 1.5 Alternanza nel ruolo di responsabile unico del procedimento

Al fine di evitare situazioni di contiguità con le imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) ed assicurare la terzietà ed indipendenza del Responsabile Unico del Procedimento (RUP) deve essere attentamente valutata la possibilità di una rotazione degli incarichi di responsabile unico del procedimento, che la normativa di settore configura come non appannaggio esclusivo dei Dirigenti di Struttura Complessa, e che pertanto può essere affidato anche a personale del Comparto, purché in possesso dei necessari requisiti di idoneità professionale in relazione all'appalto da affidare.

I Responsabili delle aree a rischio – Contratti Pubblici – dovranno predisporre una relazione annuale sulle modalità di assegnazione del ruolo di RUP, con evidenza del numero delle procedure assegnate a ciascun dirigente, da far pervenire entro il 31 dicembre di ciascun anno al RPCT.

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Alternanza ruolo del RUP	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale  Direttore S.C. Ingegneria Clinica	Assicurare la terzietà ed indipendenza del RUP	Relazione sulle modalità di assegnazione del RUP, con evidenza del numero delle procedure assegnate a ciascun dirigente	Presentazione della relazione	annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

### 1.6 Scelta dei componenti delle commissioni giudicatrici

Tra le misure specifiche per la gestione dei processi di acquisto in ambito sanitario di rilevante importanza riveste la scelta dei componenti delle commissioni giudicatrici, che si occupano di valutare, dal punto di vista tecnico ed economico, le offerte pervenute nell'ambito di una procedura di gara.

L'ANAC, con delibera n. 1190 del 16/11/2016, ha emanato le Linee Guida n. 5 recanti "Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei

componenti delle commissioni giudicatrici”, così come previsto dall’art. 78 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., ed ha definito i criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell’Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici.

Esse devono essere composte da esperti nello specifico settore cui afferisce l’oggetto del contratto, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 77, co. 3 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., che nello specifico dispone che:

- i commissari siano scelti tra gli esperti iscritti ad apposito Albo dei componenti delle commissioni giudicatrici, istituito presso l’ANAC, da individuarsi mediante pubblico sorteggio tra una lista di candidati comunicata dall’ANAC;
- nel caso di affidamento di contratti di importo inferiore alla soglia di cui all’art. 35 del medesimo D. Lgs. n. 50/2016 e s m.i. o per quelli che non presentino particolari complessità, è fatta salva la facoltà della stazione appaltante di nominare componenti interni, nel rispetto del principio di rotazione.

L’Autorità ha tuttavia differito più volte il termine di avvio del sistema dell’Albo dei commissari di gara, confermata la sospensione anche dal d.l. 77/2021 che la estende al 30/06/2023; resta pertanto in capo alla stazione appaltante la scelta dei componenti la commissione giudicatrice.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Scelta dei componenti delle commissioni giudicatrici	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  Direttore S.C. Tecnico Patrimoniale  Direttore S.C. Ingegneria Clinica  Direttore Affari Generali e Legali	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi nella fase di selezione del contraente	Rispetto del “Regolamento per la nomina e la composizione delle commissioni giudicatrici” adottato dall’Azienda con deliberazione n. 1167 del 4/10/2016 e attualmente in vigore	Numero dei ricorsi presentati dalle ditte concorrenti a seguito di esclusione o errate valutazioni tecniche/economiche in esito ai quali l’Azienda sia risultata soccombente ovvero abbiano reso necessario un provvedimento in autotutela (report semestrale)	Al momento della nomina delle commissioni di gara	RPCT  e 15/01 di ciascun anno

## 2. Area di rischio INCARICHI E NOMINE - Acquisizione e progressione del personale

L’ambito di attività relativo al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel SSN, tra le aree a rischio di corruzione. Il rischio connesso alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza e/o dei criteri di imparzialità e/o all’uso distorto della discrezionalità assume un rilievo anche per gli aspetti inerenti la qualità delle cure. Una delle principali componenti della qualità risiede proprio nella capacità, competenza ed esperienza dei professionisti in rapporto alla tipologia di servizio, alle caratteristiche del contesto organizzativo e, soprattutto, al livello di responsabilità che l’incarico comporta.

Al fine di garantire la tutela ed il perseguimento dell’interesse pubblico, occorre attivare processi di nomina e di conferimento degli incarichi in modo da assicurare il massimo livello di trasparenza e l’utilizzo di strumenti di valutazione che privilegino il merito e l’integrità del professionista aspirante all’incarico.

Sono di seguito riportate le misure già introdotte nei Piani precedenti e che saranno mantenute anche per il triennio di vigenza del presente Piano, con indicazione di alcune nuove misure specifiche, riportate, altresì, nell'Allegato 2.

## **2.1 Regolamento aziendale per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area sanità**

Al fine di garantire che le procedure di conferimento degli incarichi dirigenziali e la loro eventuale revoca, sempre nel rispetto dei CC.CC.NN.L. delle rispettive categorie e della normativa nazionale in materia, non comportino delle distorsioni dovute ad eccessiva discrezionalità nelle scelte, così come già suggerito dall'ANAC nella Determinazione n. 12/2015 di aggiornamento del PNA, l'ASST Monza ha approvato con deliberazione n. 525 del 9/12/2021 il "*Regolamento aziendale per il conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali - Area sanità*".

Il suddetto Regolamento definisce le procedure per l'affidamento, la conferma e la revoca degli incarichi dirigenziali al personale dell'Area medica e sanitaria, con la finalità di garantire la massima trasparenza nella definizione dei criteri e dei principi che determinano la graduazione degli incarichi dirigenziali e la relativa retribuzione di posizione.

### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

<b>Misura di prevenzione</b>	<b>Responsabili</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Azione programmata</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Monitoraggi</b>
Regolamento per il conferimento e revoca di incarichi dirigenziali	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Garantire la massima trasparenza nella definizione dei criteri e dei principi che determinano la graduatoria degli incarichi dirigenziali e la relativa retribuzione di posizione	Predisposizione e del report sugli incarichi attribuiti e/o revocati annualmente	Report annuale sugli incarichi attribuiti e/o revocati annualmente	Annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

## **2.2 Controlli sulle autorizzazioni per lo svolgimento di incarichi extra istituzionali ex art. 53 del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i.**

L'ASST, nel rispetto delle indicazioni regionali in materia, ha aggiornato con deliberazione n. 1785 del 23/12/2019 il Regolamento concernente le modalità di autorizzazione gli incarichi *ex officio* da parte del personale, ex art. 53 del D.Lgs n. 165/2001, a suo tempo adottato con decreto n. 1226 del 4/12/2015 ed esteso a tutto il personale dell'ASST Monza con deliberazione n. 220 del 22/03/2016. Nel corso dell'anno 2021 saranno attivate iniziative di formazione/informazione sviluppate sia nell'ambito dei Piani formativi, sia mediante la diffusione capillare del suddetto regolamento. Così come previsto all'art 14 del predetto Regolamento, la S.C. Gestione Risorse Umane deve effettuare annualmente un numero di controlli a campione, pari al 5% sulle autorizzazioni concesse nel corso dell'anno di riferimento, con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività autorizzata al di fuori dell'orario di servizio.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Controlli sulle autorizzazioni degli incarichi extra-istituzionali	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Garanzia del rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività extra-istituzionale autorizzata	Raccolta e verifica a campione pari al 5% sulle autorizzazioni concesse nel corso dell'anno di riferimento, con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività autorizzata al di fuori dell'orario di servizio	Numero delle non conformità sulle autorizzazioni/n umero tot. delle autorizzazioni verificate < 10%	Annuale	Commissione Internal Auditing  15/01 di ciascun anno
Controlli sulle autorizzazioni degli incarichi extra-istituzionali	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Garanzia del rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività extra-istituzionale autorizzata	Rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extraistituzionali (> 5/anno) per singolo dipendente	Report annuale delle richieste di incarico extra istituzionale	Annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

**2.3 Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del divieto di pantouflage, dichiarazioni e controllo sui cessati**

In ottemperanza di quanto previsto all'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. n. 165/2001, che dispone l'inserimento della clausola di *pantouflage*, negli schemi di contratti pubblici di acquisizione di beni e servizi e di affidamento di lavori, in base alla quale *“L'aggiudicatario dichiara che, a decorrere dall'entrata in vigore del comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (28.11.2012), non ha affidato incarichi o lavori retribuiti, di natura autonoma o subordinata, a ex dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del medesimo decreto, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi avevano esercitato, nei confronti dell'aggiudicatario medesimo, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza, consapevole del divieto di conferire tali incarichi previsto dall'art.16-ter del D.LGS. 265/2001”*, l'ASST Monza a decorrere dal 2017 ha inserito nei nuovi contratti individuali dei propri dipendenti una clausola di presa visione del suddetto divieto.

Il RPCT, che venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, deve segnalare la violazione ai vertici dell'amministrazione ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Inserimento nei contratti individuali della clausola di presa visione del divieto di pantouflage	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Inserimento nei contratti individuali della clausola di presa visione del divieto di pantouflage	Inserimento della clausola nel 100% dei contratti individuali	All'atto della stesura del contratto	Commissione Internal Auditing  Verifica semestrale di n. 3 contratti individuali di lavoro

						15/01 di ciascun anno
Dichiarazione di divieto di pantouflage per ex dipendenti	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Sottoscrizione da parte del dipendente (dirigente o titolare di PO) di una informativa al momento della cessazione del servizio o dell'incarico, con la quale si impegna al rispetto del divieto di pantouflage	Numero delle dichiarazioni raccolte/numero dei dipendenti cessati=100%	All'atto della cessazione del servizio o dell'incarico	Commissione Internal Auditing  15/01 di ciascun anno
Controllo sui soggetti cessati, aventi poteri autoritativi circa il rispetto del divieto di pantouflage	Direttore S.C. Gestione Risorse Umane	Evitare situazioni di potenziali conflitti di interesse e favoritismi	Verifica su n. 2 soggetti aventi poteri autoritativi mediante richiesta agli aggiudicatari di riferimento del rispetto del divieto di pantouflage	Numero dei soggetti verificati che rispettano il divieto/numero dei soggetti controllati=100%	Annuale	Commissione Internal Auditing  15/01 di ciascun anno

### 3. Area di rischio AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

La Determinazione n. 12 del 28/10/2015, assunta dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e riguardante l'aggiornamento 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione, ha fornito alcune ulteriori indicazioni in merito alla individuazione delle aree con alto livello di probabilità di eventi rischiosi integrandone l'elencazione con quelle, in particolare, relative allo svolgimento delle attività di gestione del contenzioso.

La legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", ha regolamentato la normativa in materia di responsabilità sanitaria, introducendo nuovi adempimenti in capo alle Strutture Sanitarie - quali, tra gli altri, l'obbligo di informazione all'esercente la professione sanitaria coinvolto nell'evento che ha determinato la richiesta risarcitoria, del giudizio basato sulla sua responsabilità, nonché dell'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato.

Con deliberazione n. 770 del 5/6/2019 è stata ridefinita la composizione del Comitato Valutazione Sinistri aziendale alla luce della nuova normativa ed è stata approvata la nuova "Procedura operativa - Gestione dei sinistri", che evidenzia, in particolare, il coordinamento funzionale fra il risk manager e le componenti legali, medico legali ed amministrative che gestiscono il sinistro, nonché un collegamento diretto con la Direzione Aziendale che deve prendere le decisioni finali in merito alle attività da svolgere (ved. "Linee operative Risk Management in Sanità – anno 2019").

#### 3.1 Pubblicazione dati inerenti il risarcimento a pazienti danneggiati

La legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", art. 4 "Trasparenza dei dati", dispone che "le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dagli articoli 2 e 16 della presente legge".

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Pubblicazione dati ulteriori in Amministrazione Trasparente	Direttore S.C. AGL e S.C. Qualità, Rischio clinico ed Accreditemento	Garantire la trasparenza delle procedure di risarcimento danni ai pazienti danneggiati	Rispetto dell'obbligo della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli-Bianco) relativo alla pubblicazione dei dati inerenti il risarcimento a pazienti danneggiati	Pubblicazione annuale del dato ulteriore	Annuale	RPCT  31/03 di ciascun anno

## 4 Area di rischio GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

### 4.1 Gestione beni immobili

Oltre alle misure di trasparenza obbligatorie riguardanti le informazioni sugli immobili di proprietà di cui all'art. 30 del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., si è provveduto già nel corso dell'anno 2017 alla pubblicazione sul sito web aziendale dei dati relativi al valore degli immobili di proprietà, utilizzati e non utilizzati, le modalità e le finalità di utilizzo. Qualora dovessero rendersi possibili operazioni di utilizzo da parte di terzi del patrimonio immobiliare, le singole procedure dovranno essere improntate, nella fase precedente alla stipula del contratto di diritto privato, al rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito.

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Vedi Allegato 3 al PTPCT

### 4.2 Gestione dei pagamenti

Le attività connesse ai pagamenti presentano i seguenti rischi concreti di corruzione:

- ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti;
- liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione e senza acquisire le note di credito richieste;
- effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere;
- permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'Azienda.

In questa area è necessario prevedere:

- la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari, che agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati con la pubblicazione sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" dei dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari, così come previsto dall'art. 4-bis, co. 2, D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e dei dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari, ai sensi dell'art. 41, co. 1-bis, D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.;
- la giusta suddivisione e separazione delle fasi del ciclo passivo, da porre in capo a soggetti diversi.

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 65 comma 2 del D.lgs 217 del 13/12/2017 modificato dal D.L. "Semplificazioni e Innovazione Digitale" n. 76/2020, l'ASST di Monza ha integrato a decorrere dal 28/02/2021 la piattaforma PagoPA nei propri sistemi di incasso; ciò consentirà una migliore gestione degli incassi aziendali.

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Gestione dei pagamenti	Direttore S.C. Economico Finanziaria	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari	Tracciabilità dei pagamenti	Report trimestrale riportante le fatture ricevute con indicazione dei tempi di pagamento	Trimestrale	RPCT 15/04 15/07 15/10 e 15/01 di ciascun anno

### 4.3 Gestione dei crediti e transazioni con i debitori

Il processo di gestione del recupero crediti e del riconoscimento di eventuali transazioni al debitore è interessato da un significativo rischio di corruzione. L'ASST Monza adotta, quale misura di riduzione del rischio, la frammentazione del procedimento amministrativo, sia tra gli addetti degli uffici coinvolti nel processo, sia tra le Strutture che svolgono detta attività (S.C. Economico Finanziaria, S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP, S.C. Affari Generali e Legali).

Con deliberazione n. 2303 del 21.12.2018 l'ASST Monza ha aggiornato il Regolamento aziendale delle attività di gestione del recupero crediti e con deliberazione n.1383 del 17.10.2019 l'ASST ha adottato una specifica procedura utile anche alla certificazione del Bilancio Aziendale, Percorso Attuativo di Certificabilità ai sensi della DGR X/7009 2019. Nel corso dell'anno 2020 il Regolamento aziendale delle attività di gestione del recupero crediti è stato aggiornato e presentato alla Direzione Strategica per l'approvazione: tale Regolamento è stato approvato nell'anno 2023.

il Responsabile della S.C. Economico-Finanziaria invierà al RPCT, entro il 1 marzo di ciascun anno, e relativamente all'anno precedente, un report predisposto in collaborazione con il Dirigente della S.C. Gestione Amministrativa CUP e il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali contenente:

- il numero dei crediti aziendali, scaduti al 31 dicembre di ciascun anno;
- il numero delle procedure di recupero crediti avviate, con indicazione di quelle concluse;
- il numero delle transazioni a favore dei debitori effettuate a livello aziendale.

Nell'ambito del piano attuativo dell'intervento di integrazione a MYPAY a regime per ASST Monza, finanziato con DGR n. XI/2468/2019 e Decreto DGW n. 17674 del 4.12.2019 è stato approvato il progetto per la diffusione dei pagamenti tramite PagoPa alla totalità dei dovuti da privati (cittadini e imprese).

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Gestione dei crediti e delle transazioni con i debitori	Direttore S.C. Economico Finanziaria In collaborazione con il Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP e il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei crediti aziendali	Predisposizione del report	Invio del report a RPCT	annuale	RPCT 31/03 di ciascun anno

Gestione dei crediti e delle transazioni con i debitori	Direttore S.C. Affari Generali i legali In collaborazione con il Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP e il Direttore della S.C. Economico Finanziaria	Garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei crediti aziendali	Approvazione del Regolamento delle attività di gestione del recupero crediti	Adozione del relativo provvedimento	31/12/2024	RPCT 31/12/2024
---	---	--	--	-------------------------------------	------------	--------------------

#### 4.4 Verifica centro di costo dedicato alle donazioni ed alle erogazioni liberali a favore di ASST Monza per emergenza COVID-19

Il fenomeno delle donazioni si è particolarmente diffuso nell'attuale situazione di emergenza sanitaria da COVID-19.

ASST Monza ha avviato, sin da marzo 2020 una raccolta fondi per rispondere, attraverso acquisti straordinari di materiali di consumo, strumentazioni e interventi di adeguamento strutturale necessari alle strutture sanitarie, ai medici, agli infermieri e al personale, alla finalità di assicurare cure ai malati e limitare le occasioni di contagio.

Gli importi raccolti sono utilizzati nel rispetto della finalità per la liberalità, per l'acquisto di beni o servizi o l'esecuzione di lavori con modalità coerenti con le regole che governano gli affidamenti pubblici, sulle quali ha inciso in misura significativa la legislazione dell'emergenza.

Per la gestione dell'emergenza è stato creato un centro di costo dedicato e la gestione delle donazioni, avviene attraverso un puntuale rendiconto degli utilizzi finanziari.

La donazione avviene attraverso un conto corrente dedicato della ASST, ove viene specificata nella causale EMERGENZA CORONAVIRUS, seguito da nome, cognome e codice fiscale del benefattore e da un contatto mail o telefonico.

ASST è dotata di un regolamento che disciplina la materia delle donazioni, che contiene le parti essenziali:

- perfezionamento dell'accettazione con un atto aziendale;
- liceità e compatibilità della donazione con l'interesse pubblico e con la *mission* e la programmazione aziendale;
- assenza di conflitti di interessi da parte del donante;
- sostenibilità degli eventuali oneri gestionali e organizzativi che derivano a carico di ASST;
- rilascio di una dichiarazione, da parte del donante, in cui si attesti la modicità della donazione in relazione alla consistenza del proprio patrimonio e/o verifica dell'entità del modico valore in relazione all'entità del patrimonio netto del donante.

L'art. 99 rubricato "*Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19*" del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, recante "*Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*", convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27 definisce specifici obblighi di trasparenza per tutti questi soggetti che ricevono erogazioni liberali.

In particolare, il co. 5 dell'art. 99, come modificato dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, impone a ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria di attuare un'apposita rendicontazione separata, per la quale è anche autorizzata l'apertura di un conto corrente dedicato presso il proprio tesoriere, assicurandone la completa tracciabilità.

La norma dispone inoltre che, al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19, tale separata rendicontazione dovrà essere pubblicata da ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria sul proprio sito internet o, in assenza, su altro idoneo sito internet, al fine di garantire la trasparenza della fonte e dell'impiego delle suddette liberalità, a cura della S.C. Economico-Finanziaria.

Allo stato attuale l'emergenza sanitaria è stata prorogata al 31/03/2022.

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Verifica centro di costo dedicato alle donazioni a favore di ASST Monza per emergenza Covid-19	S.C. Economico-Finanziaria	Monitoraggio movimentazioni dei flussi finanziari con rendiconti puntuali e dettagliati	Aggiornamento costante degli utilizzi finanziari ed inoltro a S.C. Affari Generali e Legali del rendiconto specifico	Invio report utilizzi donazioni a AGL e segnalazioni a RPCT e al Gestore antiriciclaggio delle operazioni sospette	Semestrale	RPCT e Gestore antiriciclaggio  al 15/07 e al 15/01 di ciascun anno

### 5 Area di rischio ESECUZIONE CONTRATTUALE

L'esecuzione contrattuale è una fase molto delicata che segue la stipula del contratto di appalto.

I principali rischi corruttivi si possono indicativamente elencare come segue:

- approvazione delle modifiche del contratto originario;
- autorizzazione al subappalto;
- ammissione di varianti contrattuali;
- verifiche in corso di esecuzione;
- verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI);
- apposizione di riserve;
- mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore.

Tra le misure da adottare sono state individuate le seguenti:

#### 5.1 Controllo sull'esecuzione del contratto

Il Direttore della S.C. Gestione Acquisti ed Economato, di concerto con i Responsabili della S.C. Tecnico Patrimoniale e della S.C. Ingegneria Clinica, nel corso dell'anno 2017 ha adottato una procedura per la verifica della legittimità delle varianti ai contratti e il rispetto dell'obbligo di trasmissione delle varianti all'ANAC.

Spetta al RUP di comunicare tempestivamente al RPCT l'applicazione di eventuali penali per ritardo sui tempi di esecuzione previsti dal contratto, eventuali situazioni di criticità in materia di autorizzazione al subappalto, eventuali situazioni di conflitto con gli affidatari di lavori, servizi e forniture.

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Controlli sull'esecuzione contrattuale	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato, S.C. Ingegneria clinica, S.C. Tecnico Patrimoniale	Garantire il rispetto della normativa in materia	Predisposizione di un report riportante il numero delle varianti contrattuali rispetto agli affidamenti in essere e il numero dei subappalti rispetto ai contratti di lavori in essere	Report riportante: Numero varianti contrattuali/numero affidamenti Numero dei subappalti/numero contratti di lavori	Annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

## 5.2 Procedura per la rendicontazione del contratto

La fase di rendicontazione del contratto da parte del DEC (direttore esecuzione del contratto), attraverso la quale l'Azienda verifica la conformità o la regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori, può essere oggetto di fenomeni corruttivi. Al fine di prevenire tale rischio il Direttore della S.C. Gestione Acquisti ed Economato di concerto con i Responsabili della S.C. Tecnico Patrimoniale e della S.C. Ingegneria Clinica, nel corso dell'anno 2017 ha adottato un'istruzione/procedura implementata nel corso dell'anno 2018 per definire, a mero titolo esemplificativo:

- nomina del DEC e rapporti con il RUP;
- incompatibilità e conflitti di interesse ai sensi dell'art. 6-bis L.n. 241/1990, con predisposizione di specifica modulistica per il rilascio delle autocertificazioni;
- compiti e funzioni del DEC in fase di esecuzione contrattuale e in fase di termine del contratto;
- modalità di controllo amministrativo contabile;
- predisposizione di uno schema tipo di relazione del DEC;
- dichiarazioni assenza di conflitto del DEC, che devono essere opportunamente verificate a cura del RUP.

Con DGR n. XI/5408 del 25.10.2021 La Giunta Regionale di Regione Lombardia ha preso atto della conclusione della fase di sperimentazione dell'applicazione della clausola T&T (Trasparenza e tracciabilità), prevista dalla D.G.R. n. X/2182 del 25 luglio 2014, comunicata da Aria spa ad ORAC in data 7 settembre 2020, ed ha approvato le "LINEE GUIDA TRASPARENZA E TRACCIABILITÀ DELLA FASE ESECUTIVA DEI CONTRATTI PUBBLICI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE", estese, ad eccezione delle disposizioni sanzionatorie introdotte in via contrattuale, agli uffici della Giunta regionale e a tutti gli enti del SIREG.

Le linee guida offrono alle Stazioni Appaltanti suggerimenti e strumenti operativi per rendere più trasparente la fase esecutiva del contratto per la quale i rischi della corruzione e del condizionamento mafioso sono storicamente accertati e si esprimono con maggiore forza e frequenza; in particolare, disciplinano le modalità operative per la comunicazione, da parte dell'aggiudicatario e di ogni subcontraente, delle informazioni di cui all'art. 105, c. 2 del D.Lgs n. 50/2016 e di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 in maniera congiunta nell'ambito degli appalti di lavori, servizi e forniture.

### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la rendicontazione del contratto	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato, S.C. Ingegneria clinica, S.C. Tecnico Patrimoniale	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Verifica dell'applicazione della procedura rispetto alle relazioni presentate al RUP	Numero delle relazioni stese nel rispetto della procedura/numero relazioni presentate al RUP = 100%	annuale	Commissione Internal Auditing  15/01 di ciascun anno

Procedura per la rendicontazione del contratto	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  S.C. Ingegneria clinica  S.C. Tecnico Patrimoniale	Verificare la conformità o la regolarità dell'esecuzione del contratto	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte del DEC	n. autocertificazioni acquisite/totale incarichi DEC = 100%	All'atto della nomina	Commissione Internal Auditing  15/07 e 15/01 di ciascun anno
Procedura per la rendicontazione del contratto	Direttore S.C. Gestione Acquisti ed Economato  S.C. Ingegneria clinica  S.C. Tecnico Patrimoniale	Verificare la conformità o la regolarità	Inserimento nei contratti della clausola T&T (trasparenza e tracciabilità) di cui alla D.G.R. n. XI/5408 del 25.10.2021	Inserimento della clausola T&T (trasparenza e tracciabilità) nel 100% degli schemi contrattuali	All'atto della sottoscrizione del contratto	15/07 e 15/01 di ciascun anno

**5.3 Procedura per la gestione dei rifiuti pericolosi sanitari**

La mancata verifica della corretta applicazione del Capitolato per la gestione dei rifiuti pericolosi sanitari, sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi del contenuto delle prestazioni, così come la mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità del servizio, possono comportare non solo un danno economico per l'Azienda, ma anche un danno ambientale significativo.

**TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA**

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la gestione dei rifiuti sanitari pericolosi	Direttore Medico P.O. Monza	Conformità della regolarità dell'esecuzione del contratto	Verifica del rispetto della procedura in essere attraverso una ispezione da parte della Commissione Internal Auditing	Rispetto della procedura e numero non conformità	Annuale	Commissione Internal Auditing  15/01 di ciascun anno

**6 Area di rischio ATTIVITÀ' CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO**

In Italia la maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero o nelle strutture sanitarie (RSA, Hospice, Cure Intermedie, etc.) e la gestione delle camere mortuarie è, solitamente, affidata alle loro organizzazioni interne.

Sul sistema di gestione di tale servizio non esistono attualmente specifiche linee guida. Ciò induce a prendere in esame il tema in sede di elaborazione del presente PTPC, tenuto conto delle forti implicazioni di natura morale, etica ed economica, connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito e che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari.

## 6.1 Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero

L'ASST Monza aveva da tempo adottato una specifica procedura per la gestione del rischio di potenziali conflitti di interessi, favoritismi o abusi nei processi dell'area tanatologica.

### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Procedura per la gestione del decesso in ambito ospedaliero	Direttore di Direzione Medica P.O. Monza	Prevenire il rischio di conflitto di interessi, favoritismi e abusi nei processi dell'area tanatologica	Monitoraggio sull'attività degli operatori del tanatologico	Report annuale circa gli incarichi affidati dai parenti alle pompe funebri e segnalazione e denunce presentate alla DM da parte dei cittadini per pressioni ricevute da parte degli operatori in ordine alla scelta del servizio funebre	Annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

## 7 Area di Rischio MEDICINA LEGALE

Tra i compiti del servizio di Medicina Legale, trasferito a decorrere dall'1/01/2016 all'ASST Monza, sono ricompresi gli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità, sordità, disabilità, handicap e inabilità temporanea.

E' interesse del cittadino che si ritiene minorato poter usufruire dei benefici che la legge accorda agli invalidi, ma è anche interesse della collettività circoscrivere la concessione di tali benefici solamente a chi è effettivamente invalido, per evitare aggravamenti della spesa pubblica e conseguente aumento della pressione fiscale.

Compito della medicina legale è di verificare se, in concreto, nel caso di ciascun invalido, ricorrano gli estremi prescritti dalla normativa per i benefici richiesti, rapportando la situazione clinica riscontrata a tali prescrizioni. A tal fine è costituita una apposita Commissione i cui componenti, aventi specifica professionalità, sono selezionati attraverso uno specifico avviso pubblico ed inseriti in apposito elenco.

A seguito della costituzione della ASST Monza in Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori le funzioni svolte dalla Medicina Legale passano al territorio e vengono assegnate alla competenza della ASST della Brianza

## 8 Area di rischio ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

La gestione dell'attività libero professionale e delle liste d'attesa era già ritenuta di prioritaria importanza dall'ANAC, che con determina n. 12 del 28.10.2015 sottolineava che "*L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di **gestione delle liste di attesa** e alla trasparenza delle procedure di **gestione delle prenotazioni** e di identificazione dei **livelli di priorità delle prestazioni**, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio*".

Inoltre nel PNA era previsto: *“Per queste ragioni è opportuno che i PTPC considerino questo settore come ulteriore area specifica nella quale applicare il processo di gestione del rischio, con riferimento sia alla fase autorizzativa sia a quella di svolgimento effettivo dell’attività, nonché rispetto alle relative interferenze con l’attività istituzionale.*

*Poiché, inoltre, questo ambito è strettamente interconnesso con il sistema di governo dei tempi di attesa il cui rispetto rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le misure correttive e di prevenzione in questo settore, concorrendo al raggiungimento dei LEA ed essendo, quindi, ricomprese nell’ambito degli obiettivi strategici dei direttori generali, devono conseguentemente essere integrate nel sistema di valutazione della performance individuale e dell’organizzazione.”*

Possibili rischi relativi all’ALPI e al rispetto delle liste di attesa sono:

- a) false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell’autorizzazione;
- b) l’errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale;
- c) lo svolgimento della libera professione in orario di servizio;
- d) il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione;

Nel corso dell’anno 2020 è stato effettuato un Audit specifico da parte dell’Internal Audit di verifica del processo di libera professione ambulatoriale, in particolare sul processo di autorizzazione e delle condizioni di equilibrio dei volumi e dei tempi, che ha rilevato modalità procedurali obsolete, con raccomandazione di rivedere il processo autorizzativo, di erogazione e di controllo condiviso tra le strutture coinvolte nel processo medesimo (Rapporto di Internal Audit numero 1/2020).

Con deliberazione n. 18 del 21.12.2020 l’Organismo regionale per le Attività di Controllo - ORAC ha approvato la relazione finale dell’obiettivo 9 del Piano di attività 2020 avente ad oggetto *“Pianificazione delle attività relativamente alle funzioni di cui all’art. 3, comma 1 lett. f), L.R. n. 13/2018. Verifica in materia di attività libero professionale (ALPI) e gestione delle liste di attesa”*, dalla quale non sono state rilevate criticità a carico dell’ASST Monza a seguito della verifica sulla documentazione richiesta all’Azienda.

In particolare, l’ORAC ha concluso che:

- la disciplina e le procedure messe in atto paiono sostanzialmente in linea con le raccomandazioni dell’ANAC;
- nel PTPCT esaminato i processi sono inseriti nell’allegato 1, mentre le misure di prevenzione nell’Allegato 2;
- sulla base di quanto rendicontato dal RPCT, le misure di prevenzione inserite sono state attuate.

Inoltre nel suddetto documento, sono state fornite le seguenti raccomandazioni generali in materia di attività libero professionale e gestione delle liste di attesa, rivolte agli Enti del SSN, pertanto nel presente Piano viene data attuazione ai suggerimenti e alle raccomandazioni generali come segue:

<b>Raccomandazione</b>	<b>Inserimento nel PTPCT</b>
Mappatura effettiva e completa dei processi con analisi di tipo qualitativo	<i>già prevista</i> Allegato 1 al PTPCT
Misure di contrasto in merito alla fase di autorizzazione allo svolgimento dell’ALPI	nuova misura 8.6 - Istruzione operativa per le autorizzazioni ALPI (ambulatoriale e di ricovero)
Verifica periodica del rispetto dei volumi di attività libero professionale	<i>già prevista, potenziata</i> 8.3 - Piano aziendale per l’ALPI, aggiornamento e rispetto del Regolamento ALPI 8.4 La Commissione Paritetica
Integrazione con il sistema di valutazione delle performance	<i>già prevista</i> Art. 14. IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Misura di contrasto del drop out (prenotazioni non erogate a causa dell'assenza del soggetto prenotato)	<i>nuova misura</i> 8.1 Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni
Avvalersi della collaborazione di altre Strutture di vigilanza e dell'Internal Audit	<i>già prevista</i>

Di seguito si elencano nel dettaglio le misure adottate e da adottarsi in tale area per la prevenzione dei predetti rischi di corruzione.

### 8.1 Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni

Rafforzamento della trasparenza nel sistema di accesso alle prestazioni sanitarie erogate dalla Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, anche in considerazione dell'importante modifica introdotta dal D. L.gs. n. 97/2016, art. 33 che, intervenendo sulle disposizioni in materia di trasparenza con riferimento alle liste di attesa contenute nell'art. 41, co. 6, D. L.gs. n. 33/2013, ha previsto l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste.

Già a decorrere dall'anno 2017 sono stati pubblicati sull'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale i criteri di formazione delle liste di attesa, sia delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di laboratorio e di diagnostica strumentale, sia delle prestazioni di ricovero. Sarà cura del Direttore della Direzione Medica di Presidio di Monza e del Dirigente della S.C. Gestione Amministrativa e Accettazione CUP, supportati dal Responsabile della S.S. Servizio Informativo Aziendale (SIA), provvedere alla pubblicazione nel predetto sito dei "tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata".

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Direttore della Direzione Medica Monza e Dirigente Gestione Amministrativa e Accettazione CUP	Garantire la piena trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Pubblicazione dei dati richiesti dalla normativa	Pubblicazione del 100% dei dati richiesti	Trimestrale	Commission e Internal Auditing  15/04 15/07 15/10 e 15/01 di ciascun anno
Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Direttore della Direzione Medica Monza e Dirigente S.S. Gestione Amministrativa e Accettazione CUP	Garantire la piena trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Monitoraggio degli spostamenti delle prenotazioni	Report sul numero degli spostamenti delle prenotazioni conformi alle causali per cui si chiudono le agende, rispetto al numero totale degli spostamenti rilevati nel medesimo periodo	Semestrale	RPCT  15/07 e 15/01 di ciascun anno
Trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni	Direttore della Direzione Medica Monza e	Garantire la piena trasparenza dei tempi di	Verifica sulle prestazioni prenotate e non erogate a causa	Report semestrale delle prestazioni prenotate e non	Semestrale	RPCT  15/07 e 15/01 di

	Dirigente S.S. Gestione Amministrativa e Accettazione CUP	attesa delle prestazioni	dell'assenza del soggetto che ha prenotato (drop out)	erogate divise per specialità/agenda di prenotazione da inviare a RPCT		ciascun anno
--	---	--------------------------	---	--	--	--------------

## 8.2 Informatizzazione delle agende di prenotazione delle prestazioni istituzionali e di libera professione

La Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori ha da tempo informatizzato tutte le agende di prenotazione delle prestazioni erogate in regime istituzionale e in regime di libera professione intramuraria, affidando la gestione del sistema di prenotazioni al Centro Unico di Prenotazione (CUP) e al Call Center regionale. Agli sportelli CUP aziendali è anche affidato il sistema di fatturazione delle prestazioni, comprese quelle erogate in regime libero professionale.

Inoltre, al fine di evitare il caso delle prenotazioni regolarmente raccolte dal CUP ma che non vengono eseguite a causa della mancata presenza del soggetto che ha prenotato, al fine di evitare opportunistici allungamenti dei tempi di attesa delle prestazioni istituzionali, è stato adottato un sistema di sms per ricordare all'utente l'appuntamento.

Per quanto concerne tutte le prestazioni di ricovero elettivo, sia chirurgico sia medico, è stata adottata, a cura della Direzione Medica di Presidio di Monza, una procedura per la gestione informatizzata delle liste di attesa, in particolare sono stati esplicitati i criteri per lo scorrimento delle liste d'attesa e per le chiamate dei pazienti al prericovero, ove previsto, ed al ricovero.

### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Informatizzazione delle agende di prenotazione	Direzione Medica Presidio Monza	Evitare favoritismi che eludano le liste di attesa delle prestazioni di ricovero istituzionale, attraverso la trasparenza delle liste d'attesa chirurgiche	Sistema di controllo e gestione informatizzata delle liste d'attesa chirurgiche	Report delle liste operatorie di n. 2 Strutture chirurgiche del PO Monza con indicazione del numero delle chiamate fuori programmazione	Annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

## 8.3 Piano aziendale per l'ALPI, aggiornamento e rispetto del Regolamento ALPI

Regione Lombardia con DGR n. XI/3540 del 7.9.2020 ha approvato le linee guida in materia di attività libero professionale intramuraria dei dirigenti medici, veterinari e della dirigenza sanitaria dipendenti del SSL, dando mandato alla Direzione Generale Welfare di porre in essere tutti gli adempimenti necessari per la costituzione della Commissione Paritetica Regionale per l'A.L.P.I. ai sensi dell'art. 3, comma 3 dell'Accordo Conferenza Stato-Regioni del 18 novembre 2010 concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio Sanitario Nazionale.

Risulta pertanto necessario procedere all'aggiornamento del Regolamento sull'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria approvato con deliberazione n. 760 del 5/06/2019, con inserimento della disciplina delle seguenti attività:

- ricoveri in libera-professione;
- incompatibilità;
- sistema dei controlli;

- svolgimento ALPI a favore di singolo utente c/o altre Aziende;
- esclusioni;
- controlli della Commissione Paritetica (v. p. 8.4);
- convenzioni studi allargate + richiesta autorizzazione Regione Lombardia (7.11.2020);
- tariffari;
- quote dirigenti PTA;
- sanzioni (anche per omessa vigilanza del Direttore della Struttura Complessa).

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Aggiornamento del Regolamento ALPI	Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP	Aggiornamento del regolamento ALPI	Aggiornamento del regolamento con le modifiche proposte dal RPCT e approvazione della Direzione	Approvazione del regolamento	30/03/2024	RPCT 30/03/2024
Aggiornamento annuale del Piano aziendale per l'ALPI	Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP	Controllo sui volumi delle prestazioni rese in attività istituzionale rispetto a quelle rese in regime di attività libero professionale	Aggiornamento annuale del Piano aziendale per l'attività libero professionale	Pubblicazione del Piano aziendale aggiornato sul sito web aziendale	Annuale	RPCT 31/12 di ciascun anno
Rispetto del Regolamento ALPI	Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP e Direzione Medica di Presidio  Commissione Paritetica	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI	Monitoraggio del rispetto della fascia oraria dedicata all'ALPI mediante controlli a campione del 20% dei medici autorizzati in LP ambulatoriale intramoenia e orario delle prestazioni rese in LP e timbratura istituzionale	Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione	Semestrale	RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno
Rispetto del Regolamento ALPI	Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP e Direzione Medica di Presidio  Commissione Paritetica	Garantire il rispetto della fascia oraria autorizzata in ALPI	Monitoraggio del rispetto della fascia oraria dedicata all'ALPI allargata (studio privato) mediante controlli a campione del 50% degli inserimenti delle prenotazioni e dei pagamenti effettuati da parte degli aventi diritto	Report semestrale da consegnare a RPCT con indicazione delle anomalie riscontrate a seguito delle verifiche a campione	Semestrale	RPCT 15/07 e 15/01 di ciascun anno

#### 8.4 La Commissione Paritetica

In attuazione di quanto previsto dall'art. 1, punto 8 del Regolamento aggiornato con deliberazione n. 760 del 5.6.2019, sull'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, è istituita la Commissione paritetica, quale organismo paritetico con funzioni di promozione e verifica delle attività di libera professione intramuraria, come previsto dal DPCM 27.03.2000, così composto:

- il Direttore Sanitario dell'ASST, in veste di Presidente;
- n. 4 rappresentanti dell'Amministrazione;
- n. 3 dirigenti rappresentanti delle OO.SS. della dirigenza medica;
- n. 1 rappresentante delle OO.SS. della dirigenza sanitaria.

La Commissione Paritetica rimane in carica sino alla scadenza del Direttore Generale ed ha i seguenti compiti:

- dirimere le vertenze dei dirigenti sanitari in ordine all'attività libero professionale ove richiesto o dove non sia già intervenuto il Collegio di Direzione;
- vigilare sull'andamento dell'attività libero professionale e della solvenza aziendale;
- verificare il mantenimento di un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività privata;
- proporre integrazioni e provvedimenti migliorativi al citato regolamento aziendale; esprimere pareri non vincolanti, riferendo del proprio operato al Direttore Generale, il quale ha la facoltà di dare attuazione mediante i dovuti provvedimenti alle proposte ricevute.

La Commissione paritetica si riunisce almeno trimestralmente previa convocazione del Presidente.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Commissione Paritetica	Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP	Controllo da parte della Commissione Paritetica sull'attività libero-professionale intramuraria	Convocazione trimestrale della Commissione	Relazione della Commissione Paritetica da presentare alla Direzione e al RPCT sull'attività complessiva svolta	Annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

#### 8.5 Convenzioni ex art. 115, co. 1, lettera c) del CCNL Area Sanità

Il CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DELL'AREA SANITA' TRIENNIO 2016 – 2018 precisa all'art. 115 “*Tipologie di attività libero professionale intramuraria*” co. 1, lett. c) che l'esercizio dell'attività libero professionale avviene al di fuori dell'impegno di servizio e si può svolgere nelle seguenti forme: *partecipazione ai proventi di attività professionale richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe, in strutture di altra azienda del SSN o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione con le stesse*”. Tale fattispecie è stata confermata anche all'interno delle Linee Guida in materia di attività libero professionale intramuraria di Regione Lombardia, approvate con DGR n. XI/3540 del 7/09/2020.

Nell'anno 2021 si propone di avviare, dopo approvazione del nuovo Regolamento ALPI, una convenzione per la gestione di tale attività, anche in considerazione dell'emergenza COVID-19 che limita in modo considerevole la possibilità di esercizio dell'attività libero professionale intramuraria all'interno delle strutture aziendali.

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Attivazione convenzioni ex art. 115 co. 1 lett. c CCNL Sanità	Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP e Gestione Operativa	Garantire l'esercizio dell'ALPI secondo la normativa vigente	Stipula di almeno una convenzione con struttura privata non accreditata	Provvedimento autorizzativo di stipula della convenzione	31/12/2024	RPCT al 31/12/2024

### 8.6 Istruzione operativa per le autorizzazioni ALPI (ambulatoriale e di ricovero)

La fase di autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI) può comportare possibili eventi rischiosi derivanti dalle false dichiarazioni prodotte al fine del rilascio dell'autorizzazione e all'inadeguata verifica sulla sussistenza dei requisiti necessario allo svolgimento dell'ALPI, o dalla mancata negoziazione dei volumi di attività in attività libero professionale in relazione agli obiettivi aziendali.

Il processo autorizzativo dell'ALPI sia ambulatoriale sia di ricovero deve essere attentamente monitorato e pertanto si propone per l'anno 2021 di ridefinire i percorsi e le responsabilità di tutte le strutture coinvolte in questa delicata fase.

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Istruzione operativa per le autorizzazioni ALPI	Dirigente S.S. Gestione amministrativa e accettazione CUP e DMP Monza	Garantire il controllo tra le prestazioni delle quali si chiede l'autorizzazione e all'esercizio della libera professione intramuraria e presenza delle stesse nelle agende istituzionali della disciplina di appartenenza	Attuazione della procedura operativa per l'autorizzazione ALPI ambulatoriale e di ricovero	Report sull'eventuale scostamento tra le prestazioni richieste in ALPI e quelle effettivamente erogate in SSN nella disciplina di appartenenza	annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno

## 9 Area di rischio FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI, SERD E SUPI

Il settore dei farmaci, dei dispositivi medici, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi.

## 9.1 Gestione del fabbisogno di farmaci

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci, valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Si precisa che, per quanto attiene alla programmazione del fabbisogno farmaceutico, il Direttore della S.C. Farmacia partecipa alla programmazione annuale di cui alle precedenti misure in tema di Contratti pubblici (misura 1.3).

Inoltre, si richiamano le precise indicazioni contenute nella DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014 avente ad oggetto *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2015”* che, in merito alle procedure negoziate senza bando di prodotti esclusivi, prescrive che le stazioni appaltanti forniscano adeguata motivazione delle ragioni di esclusiva mediante relazione dei sanitari competenti.

Dette motivazioni devono reggersi sull’assoluta inderogabile necessità e non su ragioni di mera opportunità di rivolgersi ad un determinato operatore economico (cfr AVCP del 16 luglio 2008, n. 28), acclarando la condizione di esclusività del fornitore/produttore nelle forme di legge (ad es. titolarità di un brevetto non scaduto).

Nel corso dell’anno 2020, così come previsto dal PTPCT 2020 - 2022, edizione 2020, è stata adottata una istruzione aziendale ASST-IA-112 per regolamentare l’accesso degli informatori scientifici di farmaci/dispositivi medici. Il registro degli accessi degli informatori non è stato alimentato in quanto gli ingressi esterni sono stati sospesi a causa dell’emergenza COVID-19.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Programmazione dei fabbisogni di farmaci	Direttore S.C. Farmacia	Implementazione di misure di controllo sulle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture	Report sugli acquisti in economia riportante: fornitore, tipologia di fornitura, valore rispetto al totale degli acquisti	Presentazione del report	annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno
Programmazione dei fabbisogni di farmaci	Direzione Medica Monza	Controllo sulle prescrizioni farmaceutiche e sulla gestione dei rapporti con gli informatori scientifici del farmaco	Rispetto dell’istruzione aziendale ASST-IA-112 e contestuale istituzione del registro degli accessi	Invio del Registro degli accessi a RPCT	Annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

## 9.2 Commissione HTA per la gestione del fabbisogno di alte tecnologie e dispositivi medici

Per quanto concerne le alte tecnologie e i dispositivi medici, si ricorda, che è stata costituita a livello regionale, con deliberazione n. X/4831 del 22/02/2016, una Commissione per l’Health Technology Assesstment nell’ambito di un programma regionale - *progetto “Supporto tecnico istruttorio al programma regionale di valutazione delle tecnologie sanitarie – Health Technology Assessment HTA”* per la valutazione delle nuove tecnologie sanitarie e biomediche, per le quali occorre verificare l’appropriatezza e la convenienza economica conseguente all’introduzione delle stesse all’interno

del sistema sanitario, a seguito delle richieste da parte delle aziende del territorio lombardo. Capofila della Commissione è stata individuata l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano.

Con deliberazione n. 955 del 27.6.2017 la Direzione aziendale ha preso atto della DGR n. X/5671 dell'11.10.2016 "Ulteriori specificazioni in merito alla D.G.R. n. X/4831 del 22.2.2016 - Nuove determinazioni in merito alla valutazione dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi biomedici e di tecnologie diagnostico-terapeutiche e riabilitative", con cui sono organizzate le fasi del processo di valutazione Health Technology Assessment (HTA) ed ove è prevista la Rete Assessment, costituita dai componenti di tutte le Commissioni Aziendali Dispositivi Medici di ASST, IRCCS e Fondazioni per la realizzazione del materiale e la revisione dei rapporti tecnici di HTA (fase di assessment, ovvero la verifica tecnica indipendente da produttori) con modalità multiprofessionali e disciplinari.

Con il medesimo provvedimento è stata istituita formalmente la Commissione Aziendale per l'Health Technology Assessment (HTA), ai sensi della D.G.R. n. X/5671 dell'11.10.2016, deputata alla raccolta e alla valutazione critica di evidenze relativamente all'utilizzo appropriato dei dispositivi biomedici e delle tecnologie diagnostico-terapeutiche.

L'attività della Commissione HTA, che si ispira ai principi del processo di valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment) ha come principale scopo quello di fornire alle Aziende del territorio lombardo un supporto operativo per i programmi di sviluppo e di rinnovamento tecnologico e di individuare, nelle nuove introduzioni di apparecchiature biomediche, di dispositivi medici e di farmaci, l'appropriato campo di applicazione, indicando i benefici attesi secondo criteri di scientificità ed economicità e valutando l'efficacia dei costi e dell'impatto sull'organizzazione sanitaria dovuto all'introduzione di nuove tecnologie.

Alla Direzione Medica del P.O. di Monza è demandato il compito di coordinare le attività della Commissione HTA, tenuta a procedere alla valutazione complessiva dell'introduzione di nuove tecnologie e dispositivi medici, mediante l'acquisizione dei pareri delle varie figure professionali presenti in commissione e al raccordo con la Commissione regionale HTA.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Commissione HTA	Direttore Medico di Presidio di Monza	Valutazione integrata dell'introduzione di nuove tecnologie e dispositivi medici	Predisposizione di una relazione sull'attività svolta dalla Commissione HTA	Presentazione della Relazione al RPCT	annuale	RPCT  15/01 di ciascun anno

#### **9.3 Commissione dispositivi medici (CDM) per l'autorizzazione all'acquisto evidence based di nuovi dispositivi medici (nuovi per la Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori)**

Le SS.CC. Gestione Acquisti ed Economato, Ingegneria clinica e Farmacia, di concerto con la Direzione Medica Monza, hanno provveduto ad aggiornare la procedura esistente sugli acquisti di tecnologie e dispositivi medici, costituendo la Commissione dispositivi medici (CDM) per la valutazione delle richieste di acquisto dei dispositivi medici e la relativa procedura di funzionamento.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Commissione DM	Direttore Medico di Presidio di Monza e Direttori di Dipartimento	Valutazione integrata e autorizzazione all'acquisto di nuovi dispositivi medici	Predisposizione di una relazione sull'attività svolta dalla Commissione DM con invio dei verbali della CM	Presentazione della Relazione al RPCT	annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno

#### 9.4 Gestione informatizzata del magazzino della S.C. di Farmacia

La peculiarità del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di situazioni a rischio, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione.

Il Responsabile della S.C. Farmacia della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori ha già adottato da tempo per il P.O. di Monza una gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte, nonché l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione. Detta misura, oltre a rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-reparto, consente la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse, avendo l'opportunità di ben 11 richieste/consegne alla settimana in gestione routinaria, oltre che in urgenza dal lunedì al venerdì dalle 16.00 alle 20.00 compresi sabato e festivi.

Parallelamente, con riferimento al personale addetto alla vigilanza e al controllo presso il magazzino, si prevede, quale misura specifica di prevenzione della corruzione, la diffusione di regole di condotta che sono oggetto del nuovo Codice etico e di comportamento aziendale.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Gestione informatizzata del magazzino della S.C. di Farmacia	Direttore della S.C. di Farmacia	Rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-reparto, consentendo anche la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse	Predisposizione di un report indicante le richieste di reparto, le quantità evase e gli eventuali resi	Presentazione del report	Annuale	RPCT 15/01 di ciascun anno

#### 9.5 Schede per la sostenibilità del budget delle sperimentazioni cliniche profit e no profit

I proventi derivanti dall'attività di sperimentazione clinica profit, in particolare che veda l'impiego di farmaci senza autorizzazione ICI, possono assumere una consistenza rilevante. Per questo motivo e per le cointeressenze che possono esserci tra le case farmaceutiche e gli sperimentatori, essa risulta un'attività a rischio corruttivo.

L'azione dei Comitati Etici, che è volta ad accertare la scientificità e l'eticità di un protocollo clinico, non garantisce specifiche garanzie al riguardo.

Per far fronte ad eventuali rischi di *maladministration* nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di ricerca, si richiamano i contenuti del "Regolamento per la ricerca e la sperimentazione clinica" adottato dall'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza con decreto n. 142 del 24 febbraio 2015, successivamente modificato con decreto n. 1105 del 10 novembre 2015, attualmente in vigore per il P.O. di Monza, in cui si afferma, tra l'altro, che le "valutazioni di congruità, anche economica e fattibilità dello studio sono effettuate a cura dell'Ufficio Sperimentazioni cliniche e progetti speciali, tramite specifica istruttoria, fatte salve le valutazioni del Comitato Etico previste dalle norme vigenti".

E' stata implementata, nel corso dell'anno 2016, a cura del Responsabile della S.S. Ricerca e sperimentazioni cliniche una scheda per la sostenibilità del budget delle sperimentazioni commerciali proposte dalle case farmaceutiche, che dovrà tener conto di tutti i costi diretti sostenuti per l'attività di sperimentazione, validati dalle S.S. Controllo di Gestione e dei costi generali di gestione della predetta attività.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Scheda per la sostenibilità del budget	Responsabile S.S. Ricerca e sperimentazioni cliniche	Far fronte ad eventuali rischi di <i>maladministration</i> nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di ricerca	Utilizzo della scheda di budget per la verifica della sostenibilità economica delle sperimentazioni commerciali	n. schede di budget completate/total e delle sperimentazioni commerciali autorizzate = 100%	Al momento della negoziazione del contratto con il promotore commerciale	Commissione Internal Auditing  Verifica a campione di n. 5 schede di budget completate  15/01 di ciascun anno

#### 9.6 Regolamenti per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni

L'attività di ricerca promossa dalle Strutture della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori sovente richiede il sostegno economico da parte di soggetti terzi. In particolare, al fine di ricercare sul mercato i contributi finanziari finalizzati alla ricerca indipendente, l'Azienda utilizza lo strumento della sponsorizzazione.

Con deliberazione n. 1147 del 25/07/2017 è stato adottato il "Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni a favore di progetti e iniziative istituzionali" della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, che definisce, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente in materia, tutte le procedure necessarie affinché le richieste di sponsorizzazione siano indirizzate direttamente all'Azienda e non ai singoli professionisti, utilizzando procedure di evidenza pubblica, attraverso la pubblicazione di specifici avvisi sul sito web aziendale, il cui contenuto è riportato anche nella sezione "Amministrazione Trasparente". Le risorse derivanti dalle sponsorizzazioni sono utilizzate esclusivamente per i fini della ricerca, attraverso la gestione di una contabilità separata.

Con deliberazione n. 1785 del 23/12/2019 è stato adottato il Regolamento per la sponsorizzazione di attività formative a carattere collettivo presenti nel Piano di formazione aziendale.

## TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni	Responsabile S.S. Ricerca e sperimentazioni cliniche  e  S.S. Formazione	Far fronte ad eventuali rischi di maladministration nella gestione dei proventi derivanti dall'attività di sponsorizzazione ed evitare potenziali conflitti di interesse	Rispetto dei Regolamenti in materia di sponsorizzazione nel caso di richiesta di sostegno economico da parte di soggetti terzi per la realizzazione di progetti istituzionali/attività formative	n. sponsorizzazione attivate nel rispetto dei regolamenti/totale delle sponsorizzazioni = 100%	All'atto della richiesta	Commissione e Internal Auditing  Verifica annuale e a campione su n. 2 sponsorizzazioni attivate da ciascuna struttura  15/01 di ciascun anno

### 10 Area di rischio LAVORO AGILE

Il lavoro agile è disciplinato, dall'art. 18 della L. 81 del 22 maggio 2017, come una *“modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa.”*

Nella situazione d'emergenza creata dall'epidemia da Coronavirus, il Governo ha incentivato e agevolato l'accesso allo *smart working* nella Pubblica Amministrazione.

Nell'ambito delle misure in atto per il contenimento e la gestione dell'emergenza sanitaria, ASST con deliberazione n. 296 del 9.3.2020, ha messo in atto una procedura semplificata di lavoro agile (cd. *smart working*), secondo le direttive imposte dal Ministro per la Pubblica Amministrazione, al fine di contenere l'evolversi del rischio sanitario e di contrastare il diffondersi del virus, limitando i rapporti interpersonali.

Ai sensi dell'art. 263 del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, le amministrazioni pubbliche, entro il 31 gennaio di ciascun anno (a partire dal 2021), redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance.

Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte da remoto, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Al fine di promuovere l'attuazione del lavoro agile, il POLA definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

Con deliberazione n. 661 del 29.4.2021 è stato adottato, in conformità a quanto previsto dall'art. 14, co 1 della legge n. 124 del 7.8.2015, come modificato dall'art. 263, comma 4 bis del decreto-legge n. 34 del 19.5.2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 17.7.2020, le amministrazioni pubbliche, il Piano Operativo del Lavoro Agile 2021-2023 (POLA), oggetto di aggiornamento in considerazione dell'emergenza sanitaria da COVID-19 e delle future disposizioni normative nazionali e regionali.

Successivamente il decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione dell'8.10.2021 ha stabilito che, a decorrere dal 15.10.2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa delle Amministrazioni Pubbliche fosse quella svolta in presenza.

Ad oggi sussiste l'opportunità di proseguire l'attività lavorativa con le modalità di lavoro agile (c.d. *smart working*) in presenza di situazioni specifiche ai sensi del Piano Operativo Lavoro Agile (POLA) approvato con deliberazione n. 661 del 29.4.2021 e, ai sensi del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione dell'8.10.2021, è in uso lo schema di ACCORDO INDIVIDUALE PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA IN MODALITA' DI LAVORO AGILE per i dipendenti che ne dovessero fare richiesta.

Il Decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge 113 del 6 agosto 2021, introduce per tutte le amministrazioni il **Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO)**, di durata triennale con aggiornamento annuale. All'interno del PIAO andranno a confluire, tra gli altri, i contenuti del Piano delle Performance, gli strumenti e le misure del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) le strategie di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile (POLA) e il Piano del fabbisogno del personale e progressioni di carriera.

### 10.1 Piano Integrato di attività ed Organizzazione (PIAO)

Il Decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge 113 del 6 agosto 2021, introduce per tutte le amministrazioni il **Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO)**. Il principio che guida la definizione del PIAO è dato dalla volontà di superare la molteplicità, e conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa, e creare un piano unico di governance di un ente.

Il PIAO rappresenta, quindi, una sorta di "testo unico" della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni.

Il nuovo Piano dovrebbe assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

Nello specifico si tratta di un documento di programmazione unico che accorperà, tra gli altri, i piani della performance, del lavoro agile, e dell'anticorruzione; restano esclusi dall'unificazione soltanto i documenti di carattere finanziario.

Con decreto legge 30 dicembre 2021, n. 228, art. 1, co. 12, lettera a, p. 3, la scadenza per l'adozione del PIAO è stata posticipata al 30.4.2022.

#### TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Piano integrato di attività e di organizzazione (PIAO)	Direttore S.C. Controllo di Gestione, in collaborazione con RPCT, S.C. Gestione Risorse Umane, SIA, Comunicazione e URP, Formazione, Accettazione Amministrativ a CUP e CUG	Definire uno strumento di governance che assicuri trasparenza e qualità dell'azione amministrativa	Approvazione del Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO)	Adozione del provvedimento di approvazione del PIAO	31/01/2024	RPCT 31/12/2024

---

## 11. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

---

Il PTPCT richiede un'attività di monitoraggio periodico, sia da parte del RPCT, sia da parte dei Responsabili di Struttura, che da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Il RPCT controlla con continuità l'assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, dalle disposizioni dell'ANAC e dal presente Piano e riferisce agli organi di governo dell'Azienda sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche almeno ogni sei mesi.

L'audit svolto dal NVP è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dall'art. 11, co. 9 del D. L.gs. n. 150/2009 (*in caso di mancata realizzazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità o in caso di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui ai commi 5 ed 8 è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti preposti agli uffici coinvolti*).

Inoltre, il RPCT propone i necessari adeguamenti al presente piano, dovuti a novità normative o attinenti all'attività ed all'organizzazione dell'Azienda.

Per i monitoraggi, sugli adempimenti di cui alle misure specifiche di prevenzione della corruzione previste dal presente Piano, si rimanda all'Allegato 2.

---

## 12. PIANO DELLA TRASPARENZA

---

La trasparenza costituisce una modalità efficace non soltanto nella prevenzione della corruzione ma anche quale strumento di dialogo con i cittadini e le imprese.

Il presente piano contiene le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente ed è volta, così come richiesto dalla normativa in materia, a garantire:

- 1) un adeguato livello di trasparenza;
- 2) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità

ed è stato redatto tenendo conto delle rilevanti modifiche legislative intervenute recentemente ed, in particolare, del D. L.gs. 25 maggio 2016, n. 97, «*Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*».

In particolare, modifiche significative sono state apportate al D. L.gs. n. 33/2013, ridefinendo l'ambito soggettivo ed oggettivo di applicazione degli obblighi in materia di trasparenza ed introducendo una nuova forma di accesso civico ai dati, documenti ed informazioni, anche se non sono stati resi pubblici, detenuti dalle pubbliche amministrazioni e dai soggetti individuati nel D. L.gs. n. 97/2016, in analogia agli ordinamenti aventi il "*Freedom of information act*" (F.O.I.A.).

Successivamente l'ANAC ha pubblicato sulla materia le seguenti linee:

- linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 e art. 5-bis, comma 6, del D. L.gs. n. 33 del 14/03/2013 recante «*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*» - Determinazione n. 1309 del 28/12/2016;
- prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. L.gs. n. 33/2013 come modificato dal D. L.gs. n.97/2016 - Delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016.

## **Trasparenza delle donazioni ed erogazioni liberali in natura e in denaro nell'ambito della raccolta fondi per l'emergenza COVID-19**

L'art. 99 rubricato "*Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19*" del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 recante "*Misure per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*", convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27, contiene previsioni rivolte, tra l'altro, agli Enti del SSN e definisce specifici obblighi di trasparenza per tutti quei soggetti che ricevono erogazioni liberali.

Il particolare, il co. 5 dell'art. 99, come modificato dal decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, impone a ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria di attuare un'apposita rendicontazione separata, per la quale è anche autorizzata l'apertura di un conto corrente dedicato presso il proprio tesoriere, assicurandone la completa tracciabilità.

La norma dispone, inoltre, che **al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19**, tale separata rendicontazione dovrà essere pubblicata da ciascuna amministrazione beneficiaria sul proprio sito internet, al fine di garantire la trasparenza della fonte dell'impiego delle suddette liberalità.

ANAC, per facilitare le amministrazioni nell'attuazione dell'obbligo di pubblicazione introdotto e garantire la conoscibilità delle erogazioni a tutti gli interessati secondo uno schema uniforme che consenta anche la comparazione dei dati essenziali, ha elaborato congiuntamente con il MEF un modello con cui rendicontare le erogazioni liberali ricevute (v. comunicati ANAC del 29.7.2020 e del 7.10.2020).

Compete alla S.C. Economico-Finanziaria la tenuta e il costante aggiornamento della citata rendicontazione separata.

### **Trasparenza interventi straordinari per l'emergenza COVID-19**

Nel maggio 2020 è stata implementata la specifica sezione relativa agli interventi straordinari e di emergenza, come indicato all'art. 42 del D. L.gs. n. 33 e s.m.i., nella quale le pubbliche amministrazioni che adottano provvedimenti con tingibili e urgenti e, in generale, provvedimenti di carattere straordinario in caso di calamità naturali o di altre emergenze, sono chiamate a riportare, in formato tabellare, tra l'altro, i provvedimenti adottati, con la indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché i termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari e il costo previsto degli interventi e il costo effettivo sostenuto dall'Amministrazione.

I dirigenti responsabili sono tenuti a mantenere costantemente aggiornata la sezione per quanto di competenza.

### **Obiettivi strategici in materia di trasparenza**

Come da indicazioni ANAC, costituiscono contenuto necessario del PTPCT gli obiettivi strategici in materia della prevenzione della corruzione e quelli della trasparenza.

L'individuazione degli obiettivi strategici è rimessa alla valutazione della Direzione Strategica, che deve elaborarli tenendo conto della peculiarità dell'organizzazione.

Nell'ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che l'ASST Monza si è prefissata per rendere effettiva l'applicazione delle norme in materia di Trasparenza quale misura di prevenzione della corruzione, nel corso dell'anno 2020 l'Azienda si impegna a:

- promuovere maggiori livelli di trasparenza rispetto al set minimo di informazioni e dati identificati dalla norma in materia, che saranno pubblicati nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale [www.asst-monza.it](http://www.asst-monza.it),
- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra Piano della trasparenza e Piano delle Performance, al fine di tradurre la misura della trasparenza in obiettivi strategici assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti.

Gli adempimenti degli obblighi previsti dal D. Lgs n.33/2013, novellato dal D. Lgs. n. 97/2016, sono esplicitati nella tabella allegata al presente Piano **Allegato 3 “Elenco degli obblighi di pubblicazione”**.

La sezione “Altri contenuti” contiene le seguenti voci:

- Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati;
- Assicurazione specializzandi;
- Elenco siti tematici;
- Libera professione;
- Monitoraggio della qualità;
- Privacy;
- Sponsorizzazioni;
- Atti di indizione e provvedimento finale delle convenzioni con il terzo settore, ex art. 56 d. lgs 1172017;
- Adempimenti in attuazione della legge 24/2017.

Sarà cura del RPCT, a cui compete la definizione delle misure, definire i criteri e le iniziative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

In attesa di una posizione precisa da parte del legislatore e dell’Autorità in merito all’applicazione dell’art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., con deliberazione n. 1443 del 31/07/2018 l’ASST aveva sospeso, in via provvisoria e precauzionale, la pubblicazione sul sito web aziendale - Sez. Amministrazione Trasparente - Personale - Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) i dati di cui all’art. 14 co. 1 lett. f del predetto art. 14 D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., che sono comunque stati raccolti sia per il personale ospedaliero che per gli universitari.

Ciascun Responsabile di struttura garantisce la pubblicazione sul sito web istituzionale delle informazioni relative agli obblighi di pubblicità e trasparenza di competenza, secondo criteri di accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, sempre nel rispetto della vigente normativa in materia di tutela della protezione dei dati personali e sensibili (D. L.gs. n. 196/2003 e s.m.i. “Codice in materia di protezione dei dati personali”).

In un’ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, ai fini dell’effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza, si precisa che **i responsabili** della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni **sono indicati nella tabella Allegato 3 “Elenco degli obblighi di pubblicazione”**. Detti responsabili, dovranno individuare **dei referenti interni** che si occuperanno dei rapporti diretti con RPCT e i suoi collaboratori, sia per quanto riguarda gli obblighi di pubblicazione, sia per quanto concerne il raggiungimento dei risultati circa le misure e gli adempimenti assegnati in tema di prevenzione della corruzione.

L’aggiornamento dei dati contenuti nella sezione “Amministrazione Trasparente” deve avvenire a cura del **responsabile/referente** individuato ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti; la struttura responsabile della pubblicazione provvederà ad effettuare le modifiche richieste sul portale tempestivamente, eliminando altresì le informazioni superate.

La mancata collaborazione al RPCT da parte dei Dirigenti e Responsabili della pubblicazione dei dati sarà considerata ai fini delle sanzioni disciplinari previste dalle norme e per la valutazione negativa della performance. In particolare nei confronti del responsabile della pubblicazione dei dati di cui all’art. 14 co. 1-ter, relativa agli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica, in caso di mancata pubblicazione, si applica la sanzione di cui all’art. 47, co. 1-bis del D.Lgs. n. 33/2013 così come novellato dalla Legge n. 160/2019.

Oltre alla trasparenza intesa come misura generale quale adeguamento agli obblighi di pubblicazione previsti dal D. L.gs. n. 33/2013 e s.m.i. e dalla normativa vigente, un maggiore livello di trasparenza costituisce per l’ASST obiettivo strategico, che si tradurrà in obiettivi organizzativi e individuali; come suggerito dall’ANAC rientra tra questi obiettivi la pubblicazione di “dati ulteriori” in relazione a specifiche aree a rischio, che verranno concordati tra il RPCT ed i responsabili di Struttura. L’ostensione di questi dati on line avverrà nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza e procedendo all’anonimizzazione di dati personali eventualmente presenti.

La mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni di cui sopra costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, co. 1, del D. Lgs. n. 198/2009, ed è comunque valutata ai sensi dell'articolo 21 del D.Lgs n. 165/2001, ivi compresi i profili di responsabilità disciplinare.

Nel rispetto dell'art. 19 co.2-bis del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. il Responsabile della S.C. Gestione Risorse Umane assicura, tramite il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la pubblicazione del collegamento ipertestuale dei dati di cui al medesimo art. 19 co. 1, (Bandi di concorso) ai fini dell'accessibilità ai sensi dell'art. 4, comma 5, del decreto legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125.

## Monitoraggio

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) nel corso del 2025 riprogrammerà gli obiettivi ed eventualmente introdurrà nel sistema della performance specifici strumenti premiali direttamente e chiaramente connessi all'emergenza sanitaria, anche con riferimento al sistema dei controlli e ai diversi livelli di presidio.

Inoltre il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance.

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento del NVP, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento; resta immutato il compito del NVP concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal D. L.gs. n. 150/2009 e s.m.i..

Il PTPCT richiede un'attività di monitoraggio periodico, sia da parte del RPCT, sia da parte dei Responsabili di Struttura, che da parte del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Il RPCT controlla con continuità l'assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, dalle disposizioni dell'ANAC e dal presente Piano e riferisce agli organi di governo dell'Azienda sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche almeno ogni sei mesi.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni svolge importanti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza attraverso un'attività costante di audit. I risultati dei controlli confluiscono nella relazione annuale che il NVP deve presentare ai vertici dell'Azienda, ai sensi dell'art. 14, co. 4 lett. a) del D.Lgs. n. 150/2009.

L'audit svolto dal NVP è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dall'art. 11, co. 9 del D. L.gs. n. 150/2009 (*in caso di mancata realizzazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità o in caso di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui ai commi 5 ed 8 è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti preposti agli uffici coinvolti*).

L'attuazione della trasparenza richiede un'attività di monitoraggio costante e periodica per la verifica dell'assolvimento da parte dell'ASST degli obblighi imposti dalle norme in materia di trasparenza ed integrità (art. 43 del D. L.gs. n. 33/2013 e s.m.i.) da parte del RPCT. Lo stesso provvede ad effettuare periodiche verifiche (al massimo con cadenza trimestrale) presso le varie Strutture responsabili della pubblicazione dei dati mediante:

- richiesta formale/e-mail, effettuata con cadenza semestrale, ai Dirigenti delle singole strutture competenti circa lo stato dell'arte dell'intero percorso di pubblicazione di competenza, gli aggiornamenti effettuati, le problematiche riscontrate;
- richiesta formale/e-mail di eventuali e specifiche pubblicazioni, qualora mancanti o necessarie;
- richiesta formale/e-mail per eventuali istanze specifiche (comunicazione ANAC, Prefettura, accesso civico ed aggiornamenti normativi).

Le sanzioni per eventuali inadempienze di cui al presente piano sono disciplinate dagli artt. 46 e 47 del D. L.gs. n. 33/2013 e s.m.i.

Le ordinarie funzioni di controllo per le parti di specifica competenza rimangono a capo dei Direttori/Responsabili di Struttura, responsabili della pubblicazione dei dati di competenza di cui al D. L.gs. n. 33/2013 e s.m.i.

Si allega al presente documento tabella di sintesi degli obblighi di pubblicazione (Allegato 3).

---

### 13. L'ISTITUTO DELL' ACCESSO CIVICO

---

A fronte della rimodulazione della trasparenza *on line* obbligatoria, l'art. 6 del D.L.gs. n. 97/2016, nel novellare l'art. 5 del D.L.gs. n. 33/2013, ha disciplinato anche un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento; la trasparenza viene intesa come accessibilità totale non più alle sole "informazioni" bensì ai "dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni"; in tal senso la riforma ha richiesto un profondo ripensamento delle modalità operative dell'ASST.

L'istituto dell'accesso civico generalizzato, che riprende i modelli del FOIA (*Freedom of information act*) di origine anglosassone, è una delle principali novità introdotte dal D. L.gs. n. 97/2016 che ha apportato numerose modifiche alla normativa sulla trasparenza contenuta nel D. L.gs. n.33/2013; si differenzia in modo sostanziale dall'accesso civico, che è un rimedio offerto al pubblico contro l'inadempienza delle pubbliche amministrazioni agli obblighi di pubblicità imposti dalla legge.

La nuova tipologia di accesso, delineata nell'art. 5, co. 2 e ss. del D. L.gs. n. 33/2013, si aggiunge all'accesso civico già disciplinato dal medesimo decreto e all'accesso agli atti ex L. n. 241/1990 e s.m.i., ed è volto a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico; ciò in attuazione del principio di trasparenza che il novellato art. 1, co. 1 del decreto definisce anche, con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

La regola della generale accessibilità è temperata dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi pubblici e privati che potrebbero subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune informazioni. Il legislatore ha configurato due tipi di eccezioni. Le eccezioni assolute, e cioè le esclusioni all'accesso nei casi in cui una norma di legge, sulla base di una valutazione preventiva e generale, dispone sicuramente la non ostensibilità di dati, documenti e informazioni per tutelare interessi prioritari e fondamentali, secondo quanto previsto all'art. 5-bis, co.3; i limiti o eccezioni relative, che si configurano laddove le amministrazioni dimostrino che la diffusione dei dati, documenti e informazioni richiesti possa determinare un probabile pregiudizio concreto ad alcuni interessi pubblici e privati di particolare rilievo giuridico individuati dal legislatore ed elencati all'art. 5-bis, co. 1 e 2 del D. L.gs.33/2013 e s.m.i..

L'accesso generalizzato è entrato in vigore nell'ordinamento italiano il 23/12/2016; e da tale data l'ASST ha proceduto ad adeguarsi alle modifiche introdotte, assicurando l'effettivo esercizio del diritto accesso generalizzato.

La ASST Monza, con deliberazione n. 1114 del 19.6.2018 ha adottato il Regolamento contenente le modalità sul nuovo diritto di accesso civico e accesso agli atti, sulla base del documento recentemente pubblicato dall'ANCI, che contiene istruzioni tecniche, linee guida, note e modulistica per gli enti locali e che tiene conto delle linee guida ANAC in materia di definizione e limiti all'accesso civico, nonché della Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 3/2017; esso è pubblicato nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

---

## 14. IL COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

---

Ai sensi delle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 97/2016, che hanno modificato il D.Lgs. n. 33/2013 e la Legge n. 190/2012, il PTPC assume un ruolo programmatico ancora più incisivo, dovendo definire gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione e per la trasparenza fissati dal Direttore Generale.

Nel presente Piano sono resi espliciti i collegamenti tra le misure da adottare per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance organizzativi e individuali e gli obiettivi strategici. Il RPCT ha individuato, seguendo le indicazioni dell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione 2016, gli obiettivi, condivisi con i responsabili delle Strutture interessate, da assegnare ai singoli uffici, così come riportati nella tabella Allegato 2.

In tale ottica il PTPC deve coordinarsi e collegarsi con il Piano della Performance (art. 10, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 27.10.2009, n. 150 e s.m.i.), in quanto è in tale documento che sono individuati, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda. Esso definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Inoltre l'art. 10, co. 3, del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisca obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali.

Si evidenzia, in ultimo, il ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) - già coinvolto nella validazione del ciclo della performance - circa la verifica e l'attestazione del rispetto degli obblighi di trasparenza, nonché in merito alla verifica dell'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione, così come disposto dal D. Lgs n. 33/2013 e s.m.i. "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", e successive Delibere ANAC.

---

## 15. LE SANZIONI

---

L'ANAC con delibera n. 66/2013 ha disposto che ciascuna amministrazione provveda, in regime di autonomia, a disciplinare con proprio regolamento il procedimento sanzionatorio, ripartendo tra i propri uffici le competenze, in conformità con alcuni principi di base posti dalla legge n. 689/1981 "Modifiche al sistema penale".

Tra i più importanti, quelli sui criteri di applicazione delle sanzioni (art.11); quello del contraddittorio con l'interessato (art.14); quello della separazione funzionale tra l'ufficio che compie l'istruttoria e quello al quale compete la decisione sulla sanzione (art.17-18).

Questi ultimi agiranno sulla base dei principi contenuti nella legge n. 689/1981.

L'Azienda ha dedicato una specifica sezione alle sanzioni all'interno del proprio Codice etico e di comportamento.

---

## DISPOSIZIONI FINALI

---

Il presente Piano per la prevenzione della corruzione e piano della trasparenza è approvato con deliberazione del Direttore Generale n. del ed è immediatamente eseguibile. Sarà pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente" e diffuso tra il personale ed i collaboratori dell'Azienda.

Sarà sottoposto, entro il 31 gennaio di ogni anno, a revisione ed alle modifiche che si dovessero rendere necessarie a seguito di eventuali modificazioni dell'organizzazione aziendale.