



Attuazione della strategia di prevenzione della corruzione

Indice

1 – GESTIONE DEL RISCHIO	2
Sistema di governance della gestione del rischio.....	2
Processo di Gestione del Rischio	7
1 – Analisi del contesto.....	7
1.1 – Contesto Esterno.	7
2 - Valutazione del rischio.....	9
2.1 - Identificazione dei rischi.....	9
2-2 - Analisi del rischio.	10
2.3 - Ponderazione del rischio.	11
3 – Trattamento del rischio.....	11
3.1 - Identificazione delle misure.	11
3.2 - Programmazione delle misure.	12
3.3 – Misure di prevenzione/trattamento del rischio	13
4 - Fasi trasversali del processo di gestione del rischio di corruzione	28
Obiettivi generali del Programma	33
Modalità di attuazione degli obblighi di pubblicazione.....	34
Monitoraggio sull’attuazione degli obblighi di pubblicazione.....	35
Attività programmate per il triennio 2025 - 2027	36

sub-allegati:

- 2.1 —Registro dei rischi
- 2.2 - Piano trattamento del rischio
- 2.3 – Obblighi di pubblicazione
- 2.4 – Obiettivi anticorruzione 2025



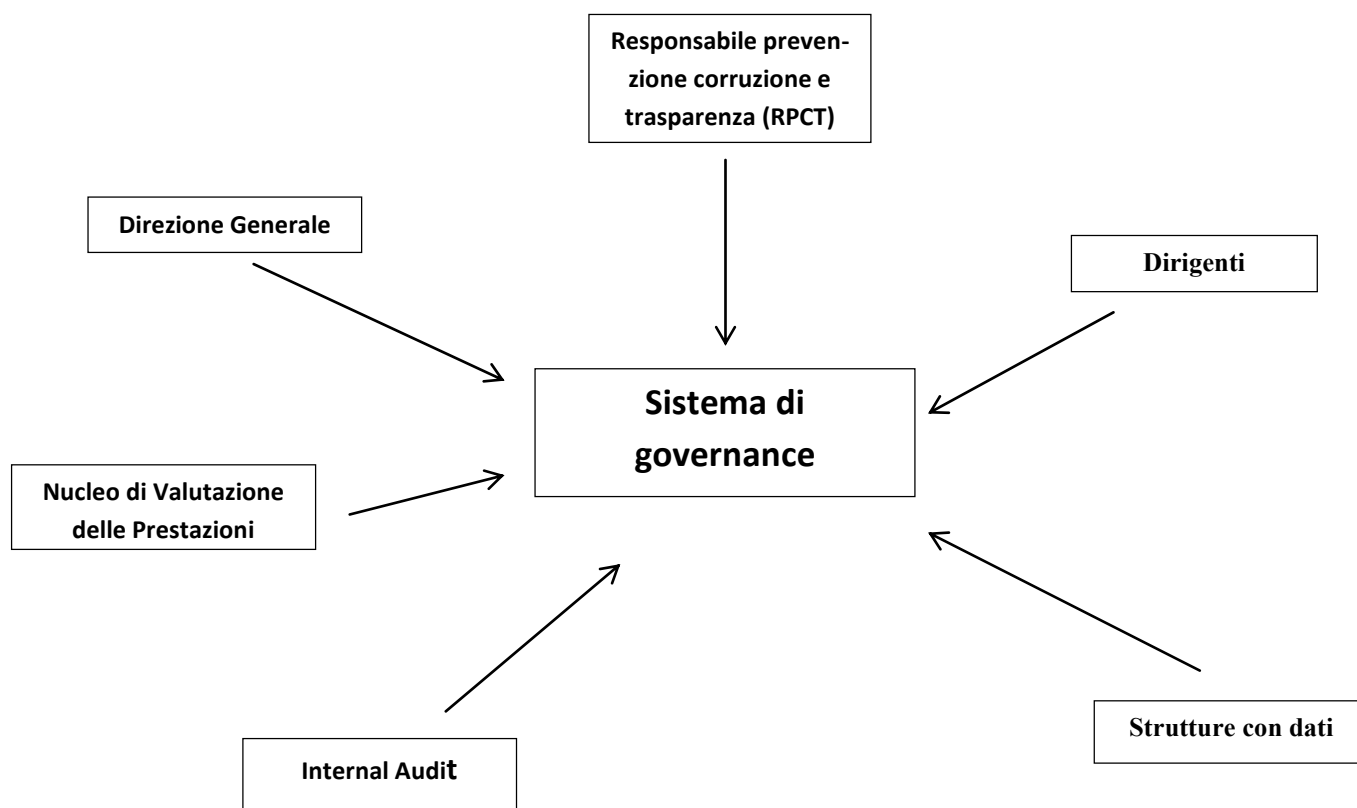
Attuazione della strategia di prevenzione della corruzione

1 – GESTIONE DEL RISCHIO

Sistema di governance della gestione del rischio

Prevenire la corruzione, intesa come “*maladministration*”, cioè come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell’interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari e privati, è l’obiettivo della sotto-sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO, in cui è rappresentata la strategia individuata dall’Azienda per prevenire eventi corruttivi e creare valore pubblico in termini di sviluppo di una cultura dell’etica e della legalità, di garanzia della Trasparenza e, quindi, di creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione.

Vengono qui descritte le modalità seguite per attuare il processo di gestione del rischio, premettendo che l’organizzazione del **sistema di governance** è rappresentata come segue:





Il Direttore Generale:

- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e li comunica al RPCT; per il triennio 2025-2027 sono confermati i seguenti: sviluppare una cultura dell'etica e della legalità, garantire la trasparenza e creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, come quelli diretti alla promozione di maggiori livelli di trasparenza e alla introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia e effettività;
- adotta le misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di pubblicazione;
- approva il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

Il RPCT predispone, in via esclusiva, la presente sottosezione del PIAO esercitando poteri di programmazione, impulso e coordinamento di tutti i soggetti coinvolti e poteri di controllo e verifica sul rispetto delle misure di prevenzione della corruzione e sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione. I poteri di controllo e verifica sul rispetto delle misure di prevenzione della corruzione si inseriscono nel sistema dei controlli interni all'Azienda e sono finalizzati al contenimento di fenomeni di *maladministration*. Qualora il RPCT rilevi "disfunzioni" inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, le deve segnalare alla Direzione Generale, al Nucleo di Valutazione delle prestazioni e all'UPD indicando i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza. I controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile, invece, sono svolti "indirettamente" dal RPCT nel senso che qualora ravvisi l'esistenza di irregolarità le deve segnalare alla Direzione Generale, al Collegio Sindacale e al Nucleo di valutazione delle prestazioni.

Il RPCT presiede il Comitato di Coordinamento dei Controlli Interni istituito con deliberazione n. 436 del 5 luglio 2023 per rafforzare la cooperazione e il coordinamento tra le diverse funzioni aziendali di controllo, favorire la valutazione complessiva del sistema dei controlli interni e l'adozione di metodi di rilevazione e valutazione tra loro coerenti e di modelli di reportistica dei rischi tali da agevolare la comprensione e la corretta valutazione in una logica integrata.

Il RPCT coordina la "Commissione Controlli PNRR" istituita con deliberazione n. 475 del 19 luglio 2023 in attuazione del decreto della Direzione Generale Welfare n. 7769 del 25 maggio come organo di controllo di secondo livello sull'iter amministrativo relativo ai progetti finanziati con PNRR.

Il RPCT dell'ASST Franciacorta è la dott.ssa Gusberti Fatima, nominata con delibera del Direttore Generale n.155 del 16 marzo 2016. In caso di sua assenza e/o impedimento, il RPCT è sostituito dal Direttore dell'U.O. Affari Generali e Legali.

I Dirigenti ai sensi dell'art. 16 del D. Lgs. 165/2001 "*concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti (c.1-bis)*", "*forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio*



corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (c.1-ter); “provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio 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 (c.1-quater)”.

L'inosservanza del dovere di collaborare attivamente col RPCT costituisce grave violazione in sede di responsabilità disciplinare.

Il Gruppo di Supporto al RPCT, istituito con deliberazione n. 755 del 1° dicembre 2023 e modificato nei suoi componenti con decreto n. 345 del 30 maggio 2024, è composto da un collaboratore individuato per ciascuna Struttura/Servizio aziendale e ha il compito di coadiuvare l'attività e l'operato del RPCT, al fine di creare una struttura ed un servizio di sostegno tematico e funzionale di cui lo stesso può avvalersi .

Il Gruppo di supporto al RPCT, coerentemente a quanto previsto nei diversi Piani Nazionali Anticorruzione, è una misura di organizzazione adottata sia per consentire al RPCT, sprovvisto di un ufficio, di avvalersi del personale di altri uffici e assicurargli, così, funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività ai sensi dell'art. 1, c.7, L. n. 190/2012, sia per diffondere una cultura di prevenzione della corruzione attraverso l'assunzione di comportamenti etici, equi e trasparenti.

Il Gruppo di supporto dovrebbe realizzare concretamente il modello a rete suggerito nel PNA 2016 (al punto 5.2, lett. c) *attraverso il quale il RPCT possa effettivamente esercitare poteri di programmazione, impulso e coordinamento e la cui funzionalità dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, vi partecipano”.*

I componenti del Gruppo di supporto al RPCT e i Dirigenti, inoltre, favoriscono l'informazione dei propri colleghi sulle procedure e sui regolamenti aziendali, con particolare riguardo al personale di nuova assegnazione, contribuiscono a implementare sistemi di controllo e di monitoraggio che consentano di rilevare tempestivamente comportamenti inadeguati dei propri colleghi, individuano i termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza se non già previsti da norme di legge o regolamentari, e monitorano il loro effettivo rispetto con cadenza periodica, con l'obbligo di segnalare al RPCT eventuali scostamenti o anomalie riscontrate.

Il RPCT raccoglie e valuta le informazioni pervenute inserendole, eventualmente, nella sotto-sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO.

Tutti i dipendenti devono partecipare al processo di gestione del rischio, specie per i processi in capo al rispettivo Dirigente responsabile, devono osservare le misure contenute nel PIAO e segnalare al proprio dirigente le situazioni di eventuali casi di conflitto di interessi (art. 6 bis Legge n. 241/90 s.m.i.) e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria, devono segnalare al RPCT eventuali situazioni di illecito nell'Azienda di cui siano venuti a conoscenza con le modalità definite nel Regolamento per la tutela di whistleblower approvato con deliberazione n. 675 del 25 ottobre 2023 e pubblicato nel sito aziendale [regolamento-per-la-tutela-di-whistleblower.pdf](#).



In caso di omissione dei presenti doveri, ciascun dipendente sarà sottoposto alle misure disciplinari previste nella legge, nel presente documento e nel Codice di Comportamento con conseguente possibile riduzione dell'indennità di risultato e/o del premio di produttività fino al 10%.

All'atto dell'assunzione il dipendente è chiamato a prendere conoscenza del PIAO, in particolare della sotto-sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", e del Codice di Comportamento.

Tra le Strutture coi dati, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari risulta essere quella che maggiormente consente di individuare misure finalizzate a contrastare casi di *maladministration* in quanto si pronuncia su fatti in cui si ravvisano violazioni del Codice di Comportamento.

L'ufficio Procedimenti disciplinari - U.P.D. - in Azienda è unico, per il Comparto e per la Dirigenza. L'attuale composizione dell'UPD risulta dal decreto n. 200 adottato dal Direttore Genale 5 aprile 2024 di cui fanno parte, quali componenti titolati, il Direttore S.C. Affari Generali e Legali, il Direttore S.C. Bilancio e Programmazione Finanziaria e Contabilità e il Medico Legale Aziendale. Con successivi decreti n.416 e n.424 del 28 giugno 2024, si è definita la composizione dell'UPD per i procedimenti in cui sono coinvolti medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS), individuando e nominando il componente tra i nominativi proposti, rispettivamente, dal Comitato Aziendale Unico della Pediatria di Famiglia e dal Comitato Unico per la Medicina Generale. In tali ipotesi l'UPD risulta composto dal Direttore Affari Generali e Legali, dal Medico Legale aziendale e dal MMG o dal PLS.

L'U.P.D. partecipa alla prevenzione della corruzione trasmettendo al RPCT ogni singolo provvedimento conclusivo dei procedimenti disciplinari avviati nonché, entro il 15 gennaio di ogni anno, una relazione conclusiva dell'attività svolta nell'anno precedente, che evidenzia quanti procedimenti avviati e per quali illeciti, quanti conclusi e con quali sanzioni, quanti archiviati e sospesi, e in quanti sono presenti elementi potenzialmente riconducibili ad ipotesi di reati.

L'Internal Audit, istituito con deliberazione n. 309 del 23 giugno 2015, la cui composizione è stata da ultimo definita con deliberazione aziendale n. 436 del 05.07.2023 che ha assegnato la funzione di Internal Audit al Responsabile della SS Qualità Aziendale- Risk Manager, che si avvale di un Team di auditors composto dal Direttore S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità e dal Direttore S.C. Affari Generali e Legali. Trattasi di organismo di controllo di "terzo livello", indipendente e autonomo, trasversale alle diverse articolazioni aziendali, che ha il compito di verificare l'efficacia dei singoli controlli interni, fornendo analisi, valutazioni, raccomandazioni e piani di miglioramento organizzativi in relazione alle attività esaminate. Tra le attività individuate nel Piano di Audit, adottato annualmente secondo le indicazioni dall'Organismo Regionale per le attività di controllo – ORAC- al fine di pianificare le procedure e i processi che saranno oggetto di verifica nel corso dell'anno, e i correlati centri di responsabilità, può essere prevista la valutazione dell'efficacia delle misure di trattamento del rischio individuate per ogni processo/sottoprocesso rappresentato nel Piano di Trattamento del rischio.

Per l'anno 2025 sono in via definizione le attività che saranno oggetto di audit.



Nucleo di Valutazione delle prestazioni, cui sono attribuite le funzioni assegnate agli OIV dalla normativa nazionale in materia di prevenzione della corruzione ed alla trasparenza, è chiamato a verificare:

- la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza;
- le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure;
- i contenuti della relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di anticorruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati in altre sezioni del PIAO;
- l'adempimento degli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente.

Il Nucleo di Valutazione, inoltre, esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento e verifica il coordinamento tra i contenuti del PIAO e il Codice di comportamento.

Altri soggetti coinvolti nel sistema aziendale di prevenzione della corruzione sono il Responsabile dell'Anagrafe per La Stazione Appaltante (RASA) ed il Gestore delle Segnalazioni di Operazioni Sospette (Responsabile Antiriciclaggio).

Il Responsabile dell'Anagrafe per La Stazione Appaltante (Rasa)

Ai sensi dell'art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, l'ASST della Franciacorta, subentrata all'A.O. M. Mellini di Chiari, ha individuato con delibera DG n. 485 dell'11 dicembre 2013 il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) Aziendale, incaricato della compilazione e aggiornamento dell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), nel signor Antonino Tutino, collaboratore amministrativo presso la SC Gestione Acquisti – provveditorato economato.

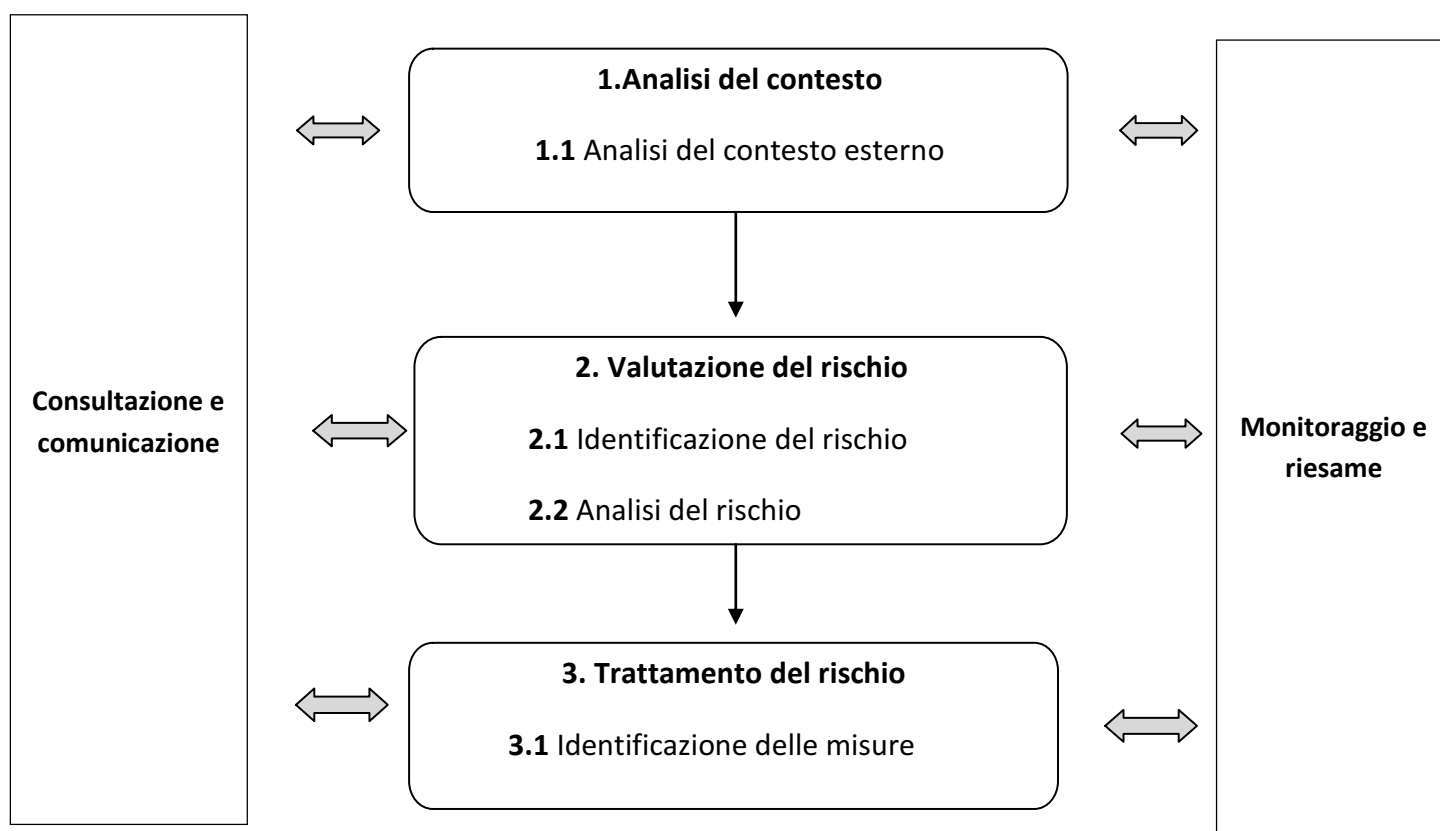
Il Gestore delle Segnalazioni di Operazioni Sospette (Responsabile Antiriciclaggio)

Ai sensi dell'art.35 del D.L. 90/2014, convertito con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014, n.114 recante "Divieto di transazioni della Pubblica Amministrazione con società o enti esteri aventi sede in Stati che non permettono l'identificazione dei soggetti che ne detengono la proprietà o il controllo", del DM del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, recante "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione", e del provvedimento della Banca d'Italia del 4 maggio 2011 recante "Istruzioni sui dati e le informazioni da inserire nelle segnalazioni di operazioni sospette", l'ASST Franciacorta ha individuato il "Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette" nel Direttore della S.C. Bilancio, Programmazione finanziaria e contabilità, ed ha adottato il "Regolamento per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo" con decreto n. 698 del 21 ottobre 2024.



Processo di Gestione del Rischio

Il fulcro della strategia di prevenzione della corruzione è il Processo di Gestione del Rischio che ha la finalità di favorire il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa e di prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. Esso si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica per la quale in ogni sua “ripartenza” deve tener conto dei risultati del ciclo precedente, adattandosi agli eventuali cambiamenti, e ciò conferisce alla sezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” del PIAO il carattere dell'elasticità. Il processo di gestione del rischio corruttivo si articola nelle tre fasi qui rappresentate che si realizzano attraverso le ulteriori e distinte sotto- fasi, cui sono trasversali le fasi della Consultazione e Comunicazione e del Monitoraggio



1 – Analisi del contesto

1.1 – Il Contesto Esterno, descritto nella Sezione 1 del presente PIAO, rileva in particolare, al fine della strategia di prevenzione della corruzione, per la presenza, o meno, della “malavita” nel territorio di appartenenza dell’ASST della Franciacorta.

La Relazione del Ministero dell’Interno al Parlamento dell’attività svolta dalla Direzione Investigativa Antimafia (gennaio-giugno 2023) evidenzia che in Lombardia, nel primo semestre del 2023, le indagini di Polizia di Stato e DIA hanno riguardato, in larga parte, il traffico e lo spaccio di stupefacenti, a volte organizzato in forma associativa e con caratteristiche di transnazionalità, in cui è affiorata anche la presenza, in posizioni di vertice, di figure vicine ad organizzazioni mafiose calabresi e campane. Queste strutture criminali utilizzano, nel tentativo di eludere le azioni di



contrasto, gli innovativi canali di comunicazione: dark web e piattaforme di comunicazione crittografate sono gli strumenti di comunicazione maggiormente utilizzati tra narcotrafficienti e pusher.

Coi proventi derivanti dalle attività legali, le organizzazioni criminali si inseriscono nel ciclo produttivo.

Le organizzazioni criminali come l'ndrangheta, infatti, si infiltrano nel contesto economico-produttivo senza ricorrere a metodi violenti ma ricercando il consenso e l'accettazione da parte degli operatori socio-economici che considerano i soggetti, la cui appartenenza a contesti mafiosi è conclamata, interlocutori affidabili coi quali concludere affari.

Questo aspetto è di particolare rilevanza nel momento attuale, caratterizzato dall'ingente flusso di capitali immesso nel sistema economico dal PNRR, e, per le organizzazioni criminali aventi forte vocazione imprenditoriale rappresenta una valida opportunità *che si manifesta, soprattutto, nell'influenzare le procedure degli appalti pubblici, fin dalla fase iniziale della pianificazione e progettazione delle opere ad esempio, attagliando i bandi di gara al soggetto da favorire, oppure redigendo bandi con requisiti di ammissione e condizioni esecutive particolarmente generici così da non consentire un'efficace azione di controllo; aderendo ad appalti sotto-soglia per i quali la normativa sulla pubblicità e trasparenza è meno rigida; avvalendosi di cordate di imprese che concordano i limiti delle offerte e l'aggiudicatario; alterando i procedimenti di verifica delle offerte, grazie a funzionari pubblici infedeli*. In molti casi l'impresa vincitrice elabora un progetto esecutivo con l'intenzione di apporvi modifiche che generano maggiori costi per la PA e maggiori profitti per sé; oppure subappalta lavori e/o servizi a imprese affiliate che impiegano forza lavoro non in regola e non eseguono correttamente il contratto di lavori e/o forniture.

Il contesto economico in cui opera l'ASST della Franciacorta comporta la necessità di mappare puntualmente i processi dell'area generale "contratti pubblici", in particolare quelli finanziati dal PNRR.

Ne consegue, inoltre, la necessità di attivare delle ulteriori misure di prevenzione della corruzione nello svolgimento dell'attività amministrativa, quali la formazione specifica per il Responsabile dell'Antiriciclaggio,

1.2 Anche l'analisi del Contesto Interno, descritto nelle Sezioni 1 e 3 del PIAO , che rappresenta l'**Organizzazione** dell'Azienda come definita nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) approvato con D.G.R XII/3556 del 09.12.2024 di cui l'Azienda ha preso atto con decreto n. 851 del 20.12.2024, concorre all'individuazione della strategia di prevenzione della corruzione

Al 31/12/2024 i dipendenti sono 1.597 di cui 331 Dirigenti e 1.266 personale del Comparto.

L'assetto organizzativo e l'organigramma definiti col POAS individuano i Direttori-Responsabili di Struttura e le funzioni agli stessi attribuite. Sulla base delle funzioni attribuite, ogni Direttore ha identificato i processi di propria competenza, procedendo così alla **Mappatura dei Processi**.

I processi sono poi stati raggruppati nelle aree di rischio, generali e specifiche, come suggerito da ANAC, intendendo per processo una sequenza di attività interrelate e interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato a un soggetto interno o esterno all'Azienda e per area di rischio, un raggruppamento omogeneo di processi/azioni.



All'interno di ogni processo si sono identificati i diversi sotto-processi (o attività) attraverso cui gli stessi si realizzano, individuandone la responsabilità nel relativo Direttore di SC, come rappresentato nella tabella "registro dei rischi", sub-all. n. 2.1 al presente documento.

Si precisa che la mappatura dei processi e il trattamento dei relativi rischi nella competenza del Polo territoriale sono in linea con la progressiva attuazione della riforma sanitaria.

Con riferimento all'analisi dei processi, le novità introdotte nel 2024 riguardano il processo Sperimentazioni inserito nel Registro dei Rischi ai numeri 45,46,47 è stato oggetto di approfondita verifica in considerazione della riorganizzazione conseguente l'emanazione del *Regolamento Europeo sugli studi clinici n. 536/2014*, recepito in Italia con la Legge n. 3 del 11/01/2018, del successivo *Regolamento di esecuzione (UE) 2022/2020 della Commissione* del 7/01/2022 e dei quattro Decreti Ministeriali attuativi pubblicati il 7/2/2023 sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 31.

La nuova organizzazione trasferisce la responsabilità della verifica della correttezza dello studio (dal disegno al profilo etico, i consensi, l'individuazione e la copertura dei costi) alla valutazione del Centro di Coordinamento per l'Italia (la U.O. dell'Ospedale che assume questo ruolo) e al Comitato Etico Territoriale (CET) a cui il Centro Coordinatore fa riferimento. Tutti gli altri Centri Sperimentali ai quali lo studio è proposto possono accettare o rifiutare lo studio, ma non modificarlo, ad eccezione della convenzione economica.

Compete al Promotore pubblicare, sul Registro Europeo gli Studi Clinici e sul Registro AIFA gli studi Osservazionali, tutta la documentazione descrittiva, i consensi, i pareri emanati dai vari organi, compreso il parere del CET, e l'elenco dei centri partecipanti.

A livello locale restano invariati l'obbligo di valutare l'opportunità dell'effettuazione del singolo studio e quello di adozione dell'atto autorizzativo da trasmettere al CET-6 di Pavia.

La gestione di tutto il processo è descritta nel relativo Regolamento aziendale; va precisato in questa sede che l'Azienda non rientra negli istituti che possono effettuare la sperimentazione propriamente detta (IRCSS) ma esclusivamente gli studi clinici autorizzati per gli ospedali per acuti, pertanto il processo viene indicato col nuovo titolo Sperimentazioni-Studi clinici.

Considerato che la riforma ha ridotto al minimo la discrezionalità dell'Azienda e di conseguenza il rischio corruttivo, si è pervenuti alla decisione di eliminare il processo dal Piano di trattamento del Rischio.

2 - La valutazione del rischio è la fase in cui il rischio viene identificato, analizzato e confrontato con altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio), partendo dai processi individuati.

2.1 - Per ogni sotto-processo individuato si è proceduto all' **identificazione dei rischi**, cioè si sono identificati quei fatti o comportamenti che potrebbero, anche solo ipoteticamente, concretizzare il fenomeno corruttivo utilizzando diverse fonti informative quali l'analisi di eventuali casi giudiziari, di episodi di *maladministration* verificatisi in passato, anche presso altre Aziende, l'esame dei procedimenti dell'UPD e delle richieste di accesso agli atti, la conoscenza e l'esperienza personali, ma anche ricorrendo alle esemplificazioni elaborate dall'ANAC e utilizzando informazioni e notizie diffuse dai net-work relative a episodi di corruzione.



2-2 - Si è proceduto poi all'**analisi del rischio** analizzando i fattori abilitanti, cioè quegli elementi che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di *maladministration*.

Per ognuno degli eventi rischiosi individuati nei singoli processi/sotto-processi, quindi, si è proceduto alla **stima del livello di esposizione al rischio** corruzione basandosi su un principio di prudenza e avendo individuato i seguenti indicatori (*key risk indicators*):

- 1 – il grado di discrezionalità nel processo decisionale
- 2 – manifestazione in passato di eventi corruttivi
- 3 – conflitto di interessi
- 4 – scarsa trasparenza nel processo

I Responsabili di processo, coadiuvati dai componenti del Gruppo di supporto al RPCT dagli stessi individuati, prima in autovalutazione e poi in concorso col RPCT, esprimono un giudizio motivato sugli indicatori cercando di supportare la motivazione con dati oggettivi. Alla luce dei dati e delle evidenze raccolte si è motivata la valutazione complessiva del livello di rischio, rappresentandola nell'apposita tabella.

Il valore finale del livello di esposizione al rischio corruttivo è calcolato come il prodotto della probabilità dell'evento per l'intensità del relativo impatto: **RISCHIO = PROBABILITA' x IMPATTO** dove:

- la probabilità che si verifichi uno specifico evento di corruzione è valutata raccogliendo tutti gli elementi informativi sia di natura oggettiva (es. eventi corruttivi specifici già verificatisi in passato, segnalazione pervenute all'URP, notizie di stampa) sia di natura soggettiva tenendo conto del contesto ambientale, delle motivazioni dei soggetti che potrebbero compiere azioni corruttive, della posizione dagli stessi occupata dell'Azienda e dagli strumenti a loro disposizione.

La valutazione è espressa utilizzando una scala crescente su 4 valori: basso, medio, alto, elevato.

L'impatto è valutato calcolando le conseguenze che l'evento di corruzione produrrebbe in termini di:

- a) danno all'immagine e alla reputazione dell'Azienda
- b) danno agli utenti
- c) danno economico

La valutazione dell'impatto è espressa utilizzando una scala su 3 valori: medio, alto, elevato.

Ai fini operativi, quindi, si utilizza la seguente matrice di calcolo:

	<u>Elevato</u>	<u>Alto</u>	<u>Medio</u>
Impatto			
Probabilità			
<u>Elevata</u>	elevato	elevato	alto
<u>Alta</u>	elevato	alto	alto
<u>Media</u>	alto	alto	medio
<u>Bassa</u>	alto	alto	medio



La Probabilità e l’Impatto costituiscono “indicatori di sintesi”, caratterizzati da flessibilità e pluralità delle fonti informative di supporto, che assumono contenuti diversi in riferimento ai singoli eventi corruttivi, favorendo, così, una valutazione complessiva dei dati a disposizione caratterizzata, comunque, dall’applicazione del criterio generale di prudenza al fine di non sotto-stimare il livello di esposizione al rischio

La mappatura dei processi e la fase di valutazione del livello di esposizione al rischio sono rappresentate nella tabella “Registro dei rischi”, allegata al presente documento quale parte integrante e sostanziale.

Il livello di rischio è valutato generalmente medio per i processi/sotto-processi mappati.

2.3 - Si effettua, quindi, la **Ponderazione del rischio** che ha lo scopo di stabilire sia le azioni da intraprendere per ridurre l’esposizione al rischio sia le priorità di trattamento dei rischi attraverso il loro confronto.

Il confronto tra i processi/sotto-processi mappati, che generalmente presentano un livello di rischio medio, non consente di individuare priorità nette di trattamento, tuttavia si ritiene opportuno, nel triennio 2024-2026, trattare con particolare attenzione e frequenza i processi dell’area generale contratti a seguito sia dell’efficacia, dal 1° luglio 2023, del nuovo Codice dei contratti (D. Lgs. n. 36/2023) sia della normativa speciale di cui al d. l. n. 77/2021 per i progetti finanziati dal PNRR che vedono coinvolta l’Azienda.

3 – Trattamento del rischio

Dopo aver individuato e analizzato i rischi corruttivi, si progettano misure organizzative per il loro trattamento. Il **trattamento del rischio**, infatti, è la fase in cui si individuano le misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l’Azienda è esposta e si programmano le modalità della loro attuazione, come rappresentato nella tabella “piano Trattamento del rischio”, sub. All. n. 2.2 al presente documento.

In questa fase si distinguono due sotto-fasi: l’individuazione delle misure di prevenzione e la conseguente loro programmazione.

3.1 - L’**identificazione delle misure** più idonee a prevenire i rischi individuati è effettuata in osservanza del principio di sostenibilità economica e organizzativa; si parte dalla valutazione del livello di attuazione delle misure di prevenzione previste nei Piani precedenti e dalla valutazione della loro adeguatezza rispetto al rischio e ai suoi fattori abilitanti: se le misure non sono state attuate, la priorità è la loro attuazione, se, invece, non sono risultate efficaci si cerca di “rafforzarle”, eventualmente modificandone le modalità di attuazione. Solo dopo aver verificato l’impossibilità di ridurre il rischio in questo modo, si introducono nuove misure. Questa modalità è seguita anche al fine di ridurre sempre più il “rischio residuo”, cioè il rischio che persiste dopo la corretta attuazione delle misure di prevenzione generali e specifiche, rischio che pare dipendere esclusivamente da un agire soggettivo non etico.

Nell’individuazione delle misure, inoltre, si cerca di contemperare anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, al fine di evitare la pianificazione di misure astratte, poco chiare o non realizzabili.



Tutte le misure di prevenzione degli eventi corruttivi, descritte in apposita colonna del “Piano di trattamento del rischio” in “linea” col corrispondente sotto-processo, sono misure specifiche in quanto dirette ad eliminare i fattori abilitanti individuati nella fase di analisi del rischio, anche se si tratta delle c.d. misure generali, quelle che, per definizione, intervengono in maniera trasversale sull’intera Azienda e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

Nel 2024 la Direzione Strategica neo-nominata, anche al fine di calare norme e disposizioni nella propria realtà oltre che per garantire standardizzazione delle procedure, efficacia, efficienza, ha adottato numerosi atti di natura regolamentare.

Sono stati approvati, infatti, oltre i regolamenti disciplinanti l’area “contratti Pubblici”, i seguenti regolamenti: Regolamento fornitori attività formativa aziendale (decreto n. 4 del 5 gennaio), Regolamento di funzionamento degli organismi consultivi distrettuali dell’ASST della Franciacorta (decreto n. (decreto n. 46 del 31 gennaio) Regolamento in materia di video sorveglianza e determinazioni conseguenti (decreto n. 173 del 28 marzo), Regolamento in materia di attività libero professionale esercitabile dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità ex L. 43/2006 ai sensi dell’art. 3-quater del d.l. 127/2021 (decreto n. 603 del 18 settembre), Regolamento per la disciplina dell’attività di volontariato degli enti del terzo settore (decreto n. 621 del 20 settembre), Regolamento in materia di incarichi per il personale del comparto ai sensi del CCNL 2 .11.2022 (decreto n. 623 del 27 settembre), Regolamento in materia di lavoro agile-personale comparto e dirigenza (decreto n.671 del 18 ottobre), Regolamento per l’esercizio dell’attività libero professionale intramuraria (decreto n. 753 del 14 novembre), Revisione del regolamento per la gestione e l’utilizzo degli automezzi aziendali (decreto n. 807 del 29 dicembre), tutti pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del se sito aziendale al seguente link [REGOLAMENTI AZIENDALI - ASST Franciacorta](#)

3.2 - La Programmazione delle misure consiste nell’individuazione delle modalità e del tempo in cui attuarle. I vari Responsabili di processo, di concerto col RPCT, hanno identificato le diverse fasi con cui si intende applicare la misura definendone il tempo di attuazione in modo da facilitarne, in fase di monitoraggio, la verifica dell’effettiva applicazione, indicando i soggetti responsabili alla loro attuazione e individuando “gli indicatori di monitoraggio” al fine di poter agire tempestivamente su una delle variabili sopra elencate introducendo, eventualmente, correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure. Gli indicatori di monitoraggio sono o di semplice verifica di attuazione della misura, o quantitativi o qualitativi.

Gli elementi necessari alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione sono rappresentati in colonne del “piano di trattamento del rischio”.

In continuità con l’esperienza positiva degli anni passati, si ritiene opportuno rappresentare il processo di gestione del rischio in due tabelle separate:

- il “Registro dei rischi” che comprende le fasi relative alla mappatura dei processi, all’analisi e alla valutazione del rischio (sub- all. n. 2.1),
- e il conseguente “Piano di trattamento del rischio” dove, in continuità con quanto rappresentato nel “Registro dei rischi”, si indicano la misura individuata, l’obiettivo da



perseguire con l'applicazione della stessa e il tempo relativo, l'indicatore utile a determinare l'efficacia dell'applicazione della misura individuata, il tempo di monitoraggio e i responsabili dell'attuazione delle misure sub-all. n. 2.2).

Nel corso del 2025 particolare attenzione sarà dedicata alle misure di trattamento relative ai processi indicati nell'area generali contratti in quanto, sia l'entrata in vigore del nuovo Codice dei contratti di cui al D. Lgs. n. 36/2023 sia l'applicazione della normativa speciale ai progetti finanziati dal PNRR, hanno determinato un nuovo quadro normativo di riferimento che l'Azienda ha dettagliato con l'adozione di regolamenti che disciplinano punti di estrema criticità nella gestione contratti, quali il regolamento aziendale per gli acquisti di beni e servizi sotto soglia comunitaria (decreto n. 137 dell'8 marzo), il regolamento per la disciplina dei controlli sulla fase esecutiva dei contratti e dei compiti del responsabile unico del progetto, del direttore dell'esecuzione del contratto e del direttore dei lavori (decreto n. 276 del 3 maggio), il regolamento per l'applicazione degli incentivi per funzioni tecniche relativamente a lavori e servizi e forniture rientranti nel PNRR-PNC (decreto n. 223 del 16 aprile), il regolamento disciplinante l'utilizzo di procedure negoziate per l'acquisto di beni infungibili ai sensi dell'art. 76, c.2, lett. b), nn. 2 e 3, e c.3, D. Lgs. n.36/2023 (decreto n. 715 del 25 ottobre), il regolamento disciplinane il funzionamento della commissione dispositivi medici e tecnologie sanitarie (CDMTS) (decreto n. 754 del 14 novembre), il regolamento per gli affidamenti di lavori e servizi di ingegneria e architettura e attività di progettazione (S.I.A.), di importo inferiore alle soglie di rilevanza europea, ex art. 50, D. Lgs. n.36/2023 (decreto n. 826 del 5 dicembre) rinvenibili al seguente link [REGOLAMENTI AZIENDALI - ASST Franciacorta](#) La completa applicazione dei regolamenti è misura di prevenzione della corruzione dei relativi processi.

Il nuovo quadro normativo genera diversi regimi di trasparenza per i contratti pubblici, individuati in base alla data di pubblicazione del bando/avviso e allo stato di esecuzione del contratto al 31 dicembre 2023, come rappresentato nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale, sotto-sezione "Bandi di Gara e contratti" al seguente link [Bandi di gara e contratti - ASST Franciacorta](#)

3.3 – Misure di prevenzione/trattamento del rischio

Le misure di Prevenzione del Rischio corruttivo generali, individuate dalla legge, sono caratterizzate dalla capacità di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in modo trasversale sull'intera attività aziendale. L'Azienda, tuttavia, ne ha individuato alcune quali misure di determinati processi, configurandole quali misure specifiche di trattamento del rischio rilevato negli stessi.

Tra le misure generali, le seguenti sono in grado di "condizionare" positivamente" il comportamento di chi opera nella Pubblica Amministrazione:

1. trasparenza
2. promozione dell'etica, codice di comportamento e gestione del conflitto di interessi
3. formazione
4. rotazione del personale che opera nelle aree a maggior rischio corruttivo



Altre misure generali, invece, esplicandosi in forme più o meno incisive di controllo, ma con una valenza di tipo generale rispetto ai rischi corruttivi, paiono più idonee a limitare e contenere comportamenti di *maladministration*, quali:

5. la disciplina degli incarichi extraistituzionali
6. la disciplina dell'inconferibilità/incompatibilità di incarichi
7. il divieto di Revolving door-Pantouflage
8. il trasferimento d'ufficio per rinvio a giudizio e la sospensione dal servizio in caso di condanna non definitiva
9. la gestione delle sponsorizzazioni
10. la tutela di whistleblower.

I - Trasparenza

L'Azienda ritiene che il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza costituisca un efficace strumento di prevenzione e di lotta alla corruzione. Di questa misura di prevenzione della corruzione si tratta nel capo 2 "Programmazione della Trasparenza".

II – Promozione dell'Etica, Codice di Comportamento e Gestione del conflitto di interessi

Il Codice di Comportamento è la misura di prevenzione idonea a promuovere l'etica nell'Azienda e a definire standard comportamentali finalizzati ad evitare qualsiasi forma di *maladministration*, in quanto propugna il rispetto dei principi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta sanciti nella Costituzione. Esso, infatti, contiene una serie di doveri diretti a orientare la modalità di svolgimento dell'attività di ogni dipendente alla miglior cura dell'interesse pubblico. I doveri di comportamento in esso fissati hanno una rilevanza giuridica che prescinde dalla personale adesione, di tipo morale, del dipendente, ovvero dalla sua personale convinzione sulla bontà del dovere. Essi vanno rispettati in quanto posti dall'ordinamento giuridico e ad essi si applica il regime degli effetti e delle responsabilità conseguenti alle violazioni delle regole comportamentali, previsto dall'art.54, c.3, D. Lgs. 165/2001. Ne consegue che la violazione delle norme comportamentali è fonte di responsabilità disciplinare, sanzionabile.

L'Azienda ha aggiornato il proprio Codice di comportamento con deliberazione n. 674 del 25 ottobre 2023, rinvenibile al link: [Aggiornamento-2023-codice-di-comportamento.pdf](#) , a seguito dell'entrata in vigore:

- del decreto legge 30 aprile 2022, n. 36, convertito con modifiche dalla legge 22 giugno 2022, n.79, che ha introdotto il comma 1-bis all'art. 54 del D. Lgs. 165/2001 in cui è disposto che: *"Il codice contiene, altresì, una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione"* e
- del D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 *"Regolamento concernente modifiche al D.P.R. n.62/2013 recante "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D. Lgs. n. 165/2001"* che ha regolamentato il corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici-



Al fine di diffondere la cultura dell'etica e la conoscenza del Codice di Comportamento, l'Azienda organizza corsi di formazione/informazione: il 12 e il 16 dicembre 2024 si è realizzato un corso in presenza, in attuazione del d. l. n. 36/2022, che ha visto la partecipazione di circa 60 dipendenti per ogni edizione. Si procederà a somministrare questa formazione anche nel 2025.

Strettamente collegata all'etica e contenuto essenziale del Codice di comportamento, è la

II. 1 - Gestione del Conflitto di Interessi

L'assenza di conflitto di interessi è espressione del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 Costituzione.

Il conflitto di interesse sussiste quando la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario pubblico potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario, direttamente o indirettamente. E', quindi, una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'Azienda, a prescindere che ad essa segua, o meno, una condotta impropria.

Il conflitto di interessi può essere reale e concreto, come è nelle situazioni esplicate dagli artt. 7 e 14 del D.P.R. 62/2013, o potenziale in tutte le situazioni non tipizzate che potrebbero essere idonee a interferire con lo svolgimento dei doveri pubblici e inquinare l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale del potere pubblico.

L'individuazione e la gestione delle varie situazioni di conflitto di interesse sono uno strumento di tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi e, in quanto tale, è stato oggetto di apposita regolamentazione mediante delibera aziendale n. 426 del 31 luglio 2019 "Regolamento per la gestione del conflitto di interessi – Approvazione" https://www.asst-franciacorta.it/wp-content/uploads/2022/09/Regolamento_per_la_gestione_del_conflitto_di_interessi.pdf

Il regolamento individua le situazioni di conflitto di interesse per tutti i dipendenti, specificando quelle ulteriori per i dirigenti, per i consulenti e collaboratori, per i componenti le commissioni di concorso, e per le varie fasi degli appalti, e stabilisce, per ognuna delle situazioni individuate, gli obblighi a carico dei dipendenti coinvolti e le sanzioni da applicare in caso di inadempimento, in base al "*chi fa che cosa, come, quando e perché*". Al fine di supportare i dipendenti coinvolti nell'effettiva applicazione delle disposizioni contenute nel regolamento, lo stesso è completato con schemi di dichiarazioni da utilizzare nei casi concreti.

Il citato regolamento non disciplina i casi di assenza di conflitto di interesse nelle situazioni di svolgimento di incarichi "extraistituzionali" e in quelle di Inconferibilità/incompatibilità, normati nel relativo regolamento e dal D. Lgs n. 39/2013.

Nei contratti pubblici il conflitto di interessi è disciplinato dall'art. 16 del D. Lgs. n. 36/2023 che individua i soggetti cui lo stesso si applica nei dipendenti e collaboratori, persone fisiche e giuridiche, vertici di indirizzo politico, personale della stazione appaltante o di un altro ente, anche sovraordinato, che interviene "*con compiti funzionali*", cioè compiti che implicino esercizio della funzione amministrativa (es. personale dipendente con contratto a tempo indeterminato e determinato; anche direzione strategica, capi dipartimento e capo ufficio legale con esclusioni di chi svolge mansioni meramente esecutive; prestatori di servizi coinvolti nell'affidamento: progettisti esterni, commissari di gara, collaudatori; professionisti coinvolti per conto dell'Azienda negli affidamenti legati



ai fondi PNRR; presidente e tutti i componenti, di parte sia pubblica sia privata, dei collegi consultivi tecnici).

Il conflitto di interessi va gestito non solo nel processo di aggiudicazione ma anche nella fase di esecuzione.

In coerenza con il principio della fiducia e al fine di preservare la funzionalità dell'azione amministrativa, la norma precisa che la minaccia all'imparzialità e all'indipendenza deve essere provata da chi invoca il conflitto sulla base di presupposti specifici e documentati e deve riferirsi a interessi effettivi, la cui soddisfazione sia conseguibile solo subordinando un interesse all'altro.

III – Formazione

La formazione in materia di etica e integrità è lo strumento fondamentale per aumentare la consapevolezza circa il contenuto e la portata di principi, valori e regole che devono guidare il comportamento di tutti i dipendenti dell'Azienda secondo quanto previsto dall'art. 59 della Costituzione *“I cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore”*.

Si tratta delle regole di condotta contenute nel Codice di comportamento aziendale che devono essere conosciute e rispettate non solo dal personale dipendente ma anche da tutti i soggetti che, in qualsiasi forma, collaborano e prestano la propria attività per l'Azienda (art. 2, c.2).

La conoscenza delle regole di comportamento è la formazione “base” di ogni dipendente aziendale, realizzata sia in “autoformazione” mediante la lettura del codice di comportamento sia in un momento successivo, con corsi di formazione ad hoc. Eventi formativi in materia di etica e Codice di Comportamento sono stati realizzati dall'ottobre 2022 in attuazione del d.l. 36/2022 e proseguiranno nel prossimo triennio.

E' proseguita la formazione “base” in materia di anticorruzione, in attuazione di quanto previsto dall'art. 1, c. 8, L. 190/2012 e, anche quest'anno, seguendo l'impostazione adottata nel 2017 e seguita negli anni successivi, questa formazione si articola su due livelli:

- uno di carattere generale rivolto a tutti i dipendenti che ha ad oggetto l'aggiornamento delle conoscenze in tema di anticorruzione, attuata mediante un corso FaD (formazione a distanza); l'aggiornamento sarà effettuato ogni tre anni.
- uno di carattere più specifico rivolto al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ai dirigenti e al personale impiegato nelle aree a maggior rischio di corruzione, che sarà svolto in aula col docente.

La formazione rivolta ai dipendenti che operano nelle aree a maggior rischio corruttivo, inoltre, sarà attuata, nel triennio, secondo i seguenti criteri:

- mediante corsi in aula tenuti dal Responsabile della singola area a rischio e/o da docente esterno;
- i dipendenti che parteciperanno sono i responsabili dei procedimenti, i referenti e i dirigenti che operano in ognuna delle aree a rischio.

Al termine di ogni corso si procederà alla verifica della loro adeguatezza mediante la somministrazione di questionari al fine di rilevare le conseguenti ulteriori priorità formative e il grado di soddisfazione dei corsi avviati.



La formazione del RPCT sarà realizzata attraverso la sua partecipazione a corsi organizzati da Regione Lombardia, ANAC, Scuola superiore di pubblica amministrazione e altre “scuole” di formazione specializzate, previa valutazione e approvazione da parte del Direttore Generale. Il RPCT continuerà a partecipare agli incontri del gruppo interaziendale dei RPCT, quali momenti di confronto, e ai corsi che lo stesso organizzerà in base alle concrete esigenze, spesso conseguenti a innovazioni legislative e /o regolamentari.

IV - Rotazione Ordinaria

La rotazione “ordinaria” del personale, dirigente o del comparto, addetto alle aree a più alto rischio corruttivo individuate nel presente Piano, è misura di prevenzione della corruzione in quanto 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, infatti, riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi a lungo dello stesso tipo di procedimenti o di attività o di servizi, 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 e l’assunzione di decisioni non trasparenti.

In ogni caso, la rotazione ordinaria del personale, dirigente o del comparto, va temperata con il presupposto della loro preparazione ultra specialistica e del loro percorso attitudinale, e con il fatto che la perdurante carenza di personale ha creato delle professionalità infungibili in quasi tutte le attività/funzioni.

Nel 2024 gli effetti auspicati della rotazione ordinaria si sono comunque verificati a seguito dell’acquisizione di nuovo personale, anche per sostituire posizioni vacanti, di cui numerose nell’area del Comparto e le seguenti nell’area dei Dirigenti:

- Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane da ottobre 2024;
- Direttore S.C. Gestione acquisti Provveditorato-Economato da settembre 2024;
- Due Dirigenti alla S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale;
- Un Ingegnere alla S.C. Gestione Operativa – Percorsi di accoglienza e Libera Professione;
- Un Direttore Medico di Presidio;
- Due dirigenti alla S.C. Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie

Nella nostra Azienda, quindi, il rischio corruttivo derivante dal consolidamento nel tempo di relazioni con gli stessi utenti e dallo svolgere per lungo tempo lo stesso tipo di procedimenti o di attività o di servizi non è ravvisabile.

Mentre la rotazione Ordinaria è misura di organizzazione del lavoro e di prevenzione della corruzione, la c. d. Rotazione Straordinaria, prevista dall’art.16, c.1, lett. l-quater), D. Lgs. 165/2001, è un provvedimento obbligatorio che si attiva successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi.



V – Incarichi extra-istituzionali

La possibilità di svolgere incarichi retribuiti conferiti da terzi per i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato, che ai sensi degli artt. 60 e seguenti del D.P.R. 3/1957, in via generale non possono intrattenere altri rapporti di lavoro autonomo o indipendente, o svolgere attività che presentino i caratteri dell'abitudine e professionalità, o esercitare attività imprenditoriali, è soggetta ad un regime di autorizzazione da parte dell'Azienda.

L'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 prevede che le amministrazioni regolamentino il procedimento autorizzatorio sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del buon andamento della pubblica amministrazione, al fine di evitare che le attività extraistituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno di doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali, e sulla base del criterio volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'imparzialità delle funzioni attribuite al dipendente. L'Azienda ha individuato questi criteri nel "Regolamento per la disciplina delle attività extra-istituzionali", approvato con delibera n. 793 del 27 dicembre 2018, cui si rinvia:

https://www.asst-franciacorta.it/wp-content/uploads/2024/04/Regolamento_attivitA-extra_istituzionali.pdf

Pare significativo, al fine dell'efficacia dell'intero sistema aziendale di prevenzione della corruzione, ricordare quanto segue:

1. I dati relativi agli incarichi conferiti e autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante, ai sensi dell'art. 18 del D. Lgs. 33/2013, devono essere pubblicati in Amministrazione Trasparente a cura dell'U.O. Gestione e Sviluppo Risorse Umane (obbligo assolto con l'inserimento in PerLaPa);
2. Il dipendente è tenuto a comunicare, formalmente, all'Azienda, anche l'attribuzione di incarichi gratuiti;
3. l'Azienda deve comunicare al Dipartimento della Funzione Pubblica gli incarichi di cui sopra.

VI - Inconferibilità/Incompatibilità di Incarichi

Al fine di evitare che:

- lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire un vantaggio in maniera illecita
- il contemporaneo svolgimento di alcune attività possa generare il rischio di svolgimento imparziale dell'attività amministrativa, costituendo un terreno favorevole a illeciti scambi di favori,

L'Azienda ha adeguato le proprie procedure previste per il conferimento di incarichi dirigenziali per evitare che si verifichino situazioni di incompatibilità e di inconferibilità.

L'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro



secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g). La dichiarazione di insussistenza delle situazioni di inconferibilità, ai sensi dell'art. 20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico.

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

Si rappresentano in forma tabellare le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità previste dalle singole norme e i soggetti destinatari delle stesse:

Riferimento normativo	Cause di incompatibilità/di inconferibilità	Soggetti destinatari della norma
Art. 9, c. 1 - D. Lgs. 39/2013	Gli incarichi amministrativi di vertice e gli incarichi dirigenziali, comunque denominati, nelle pubbliche amministrazioni, che comportano poteri di vigilanza o controllo sulle attività svolte dagli enti di diritto privato regolati o finanziati dall'amministrazione che conferisce l'incarico, sono incompatibili con l'assunzione e il mantenimento, nel corso dell'incarico, di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'amministrazione o ente pubblico che conferisce l'incarico.	Direzione Strategica. Direttori di Struttura ma anche incarichi dirigenziali comunque denominati che implicano poteri di vigilanza e controllo sugli Enti indicati nella colonna 2) Ad oggi ASST non finanzia Enti di diritto privato
Art. 9, c. 2- D. Lgs. 39/2013	Gli incarichi amministrativi di vertice e gli incarichi dirigenziali, comunque denominati, nelle pubbliche amministrazioni, [...] sono incompatibili con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di un'attività professionale, se questa è regolata, finanziata o comunque retribuita dall'amministrazione o ente che conferisce l'incarico.	Direzione Strategica, Direttori di Struttura ma anche incarichi dirigenziali comunque denominati
Art. 10, D. Lgs. 39/2013	Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali di una medesima regione sono incompatibili:	Direzione Strategica



	a) con gli incarichi o le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale; b) con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di attività professionale, se questa è regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale. L'incompatibilità sussiste altresì allorché gli incarichi, le cariche e le attività professionali indicate nel presente articolo siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado.	
Art. 14, c. 1, D. Lgs. 39/2013	Incompatibilità con la carica di Presidente del consiglio dei Ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario di Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988 n. 400, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale o di parlamentare.	Direzione strategica
Art. 14, c. 2, lett. a), D. Lgs. 39/2013	Incompatibilità con la carica di componente della giunta o del consiglio della regione interessata ovvero con la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale	Direzione strategica
Art. 14, c. 2, lett. b), D. Lgs. 39/2013	Incompatibilità con la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione	Direzione strategica
Art. 14, c. 2, lett. c), D. Lgs. 39/2013	Incompatibilità con la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di for-	Direzione strategica



	me associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione.	
Art. 3, c. 1, lett. c) ed e) e c. 2, lett. j), D. Lgs. 39/2013	Condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale (delitti contro la Pubblica Amministrazione)	Direzione Strategica e Dirigenti ASST con incarico di Struttura Complessa, Semplice e Semplice Dipartimentale qualora siano loro assegnati, in via esclusiva, competenze di amministrazione e gestione
Art. 5, c. 1, D. Lgs. 39/2013	Titolarità di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale <u>nei due anni antecedenti</u>	Direzione Strategica
Art. 8, c. 1, D. Lgs. 39/2013	Candidato, <u>nei cinque anni antecedenti</u> , in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendono il territorio della ASST interessata	Direzione Strategica
Art. 8, c. 2, D. Lgs. 39/2013	Titolarità, <u>nei due anni antecedenti</u> , della carica di: • Presidente del Consiglio dei Ministri • Ministro, Vice-Ministro o Sottosegretario nel Ministero della Salute o in altra Amministrazione dello Stato • Amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio sanitario nazionale	Direzione Strategica
Art. 8, c. 3, D. Lgs. 39/2013	Titolarità, <u>nell'anno antecedente</u> , della carica di Parlamentare	Direzione Strategica
Art. 8, c. 4, D. Lgs. 39/2013	Componente della Giunta (Presidente o Assessore) o dell'Assemblea legislativa (Consigliere) della Regione <u>nei tre anni antecedenti</u>	Direzione Strategica



Art. 8, comma 4, D. Lgs. 39/2013	Titolarità, <u>nei tre anni antecedenti</u> , della carica di Amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale, che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale	Direzione Strategica
Art. 8, c. 5, D. Lgs. 39/2013	Componente, nei due anni antecedenti, di giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio è compreso nel territorio della ASST	Direzione Strategica

Per il Direttore Generale, nominato da Regione Lombardia, si verificano solo le cause di incompatibilità, necessariamente dopo il conferimento.

Per il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Direttore Socio Sanitario, nominati dal Direttore Generale, si verificano sia le cause di inconfiribilità sia quelle di incompatibilità. Successivamente all'individuazione dei tre Direttori da parte del Direttore Generale e prima del conferimento dell'incarico, il Direttore della S.C. Affari Generali e Legali procede agli accertamenti necessari e alla contestuale pubblicazione dell'atto di conferimento dell'incarico (art. 14 D. Lgs. 33/2013) e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconfiribilità e incompatibilità (art. 20, c.3, D. Lgs.39/2013).

Per i titolari di incarichi dirigenziali della PTA di SC e SS e , alla verifica procede il Direttore della S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane. ****

Gli accertamenti effettuati dal Direttore della S.C. Affari Generali e Legali e dal Direttore della S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane sono verificati, a campione, dal RPCT che, qualora venga a conoscenza del conferimento di un incarico in violazione delle norme del D. Lgs. 39/2013, dà avvio al procedimento disciplinato dagli artt. 15 e seguenti, contestando all'interessato l'insorgere della situazione di accertamento di inconfiribilità e di incompatibilità, quindi:

- comunica ad ANAC la presunta violazione del D. Lgs. 39/2013 nel conferimento di un incarico;
- l'ANAC accerta la violazione con proprio provvedimento, avente carattere costitutivo – provvedimentale (Cons. Stato, Sez. V, 11 gennaio 2018, n. 126), quindi costitutivo di effetti giuridici e, come tale, impugnabile davanti al Giudice amministrativo, e, ove ritenga violate le disposizioni del D. Lgs. 39/2013, accerta la nullità dell'atto di conferimento e ne dà comunicazione al RPCT;
- il RPCT, entro 7 giorni dal ricevimento del provvedimento di ANAC, comunica al direttore cui è stato conferito l'incarico e al Direttore Generale che lo ha conferito, la causa di inconfiribilità accertata dall'ANAC, la nullità dell'atto di conferimento dell'incarico e la conseguente risoluzione del contratto, ricordando al Direttore Generale che è responsabile



per le conseguenze economiche dell'atto adottato. Nella comunicazione è assegnato un termine di 10 giorni per presentare le proprie osservazioni affinché sia garantito il rispetto del principio del contraddittorio, necessario per valutare l'elemento soggettivo del dolo o della colpa, al fine dell'applicazione della sanzione inibitoria di cui all'art. 18, c. 2. D. Lgs.39/2013 (divieto per tre mesi di conferire incarichi) nei confronti del Direttore Generale che ha conferito l'incarico.

- Il RPCT, qualora risulti che la dichiarazione resa dall'interessato ai sensi dell'art.20, D. Lgs. 39/2013 sia mendace, avvia il procedimento per l'applicazione della sanzione prevista dal comma 5 del medesimo articolo, ossia, l'inconferibilità di qualsiasi incarico disciplinato dal D. Lgs. 39/2013 per un periodo di 5 anni.
- In caso di accertata sopravvenuta causa di incompatibilità, invece, il RPCT la comunica all'interessato assegnandogli il termine perentorio di quindici giorni entro cui ha l'obbligo di scegliere che incarico assumere. Se l'interessato non esercita il diritto di opzione nel termine di quindi giorni, (art. 1, comma 2, lett. h), decade dall'incarico e si ha la risoluzione del contratto (art. 19, D. Lgs.39/2013).

VII – Il Divieto Di Revolving Door – *Pantouflage*

Il *pantouflage* consiste nel divieto posto a carico degli ex dipendenti pubblici che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei confronti di soggetti privati presso cui sono poi chiamati a svolgere un incarico o prestare servizio, di prestare, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, la propria attività lavorativa presso quegli stessi soggetti privati.

Si tratta di un'ipotesi di incompatibilità successiva che si affianca e si aggiunge ai meccanismi di "inconferibilità" (divieti temporanei di accesso a una carica o a un incarico) e di "incompatibilità" (divieto di cumulo di più cariche o incarichi) previsti dal D. Lgs. n. 39/2013, coi quali ha in comune il fine di neutralizzare possibili conflitti di interesse nello svolgimento delle funzioni degli incarichi attribuiti a un dipendente pubblico al fine di salvaguardare l'imparzialità della pubblica amministrazione.

La disciplina del *pantouflage* è contenuta negli artt. 53, c. 16-ter, D. Lgs. n. 165/2001 e 21 D. Lgs. 39/2013.

Sono soggetti al divieto di *pantouflage*:

- i dipendenti con rapporto di lavoro indeterminato e determinato
- il personale con rapporto di lavoro autonomo (consulenti e collaboratori)
- i titolari degli incarichi di cui all'art.21, D. Lgs. n.39/2013:
 - incarichi amministrativi di vertice (art. 1, c.2, lett. i)
 - incarichi dirigenziali interni che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione, nonché gli incarichi di funzione dirigenziale nell'ambito degli uffici di diretta collaborazione, conferiti a dirigenti o ad altri dipendenti appartenenti ai ruoli dell'amministrazione che conferisce l'incarico ovvero al ruolo di altra pubblica amministrazione (art. 1, c.2, lett. j)



- incarichi dirigenziali esterni (art. 1, c.2, lett. k), cioè gli incarichi di funzione dirigenziale, comunque denominati, che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione, nonché gli incarichi di funzione dirigenziale nell'ambito degli uffici di diretta collaborazione, conferiti a soggetti privi della qualifica di dirigente pubblico o di dipendente pubblico.

Questi soggetti devono esercitare poteri autoritativi e gestionali per conto dell'Azienda in modo concreto ed effettivo, cioè in maniera non astratta e formalistica ma sostanziale e tale da incidere su una determinata situazione giuridica. I poteri autoritativi e gestionali possono non avere il carattere della continuità ed essere esercitati occasionalmente (una tantum). Infatti, presupposto per l'applicazione del divieto di pantouflage è l'esercizio di poteri autoritativi e gestionali da parte dell'ex dipendente.

Il potere autoritativo e negoziale è presente:

- nell'adozione di provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari, (ad esempio, conclusione di contratti per l'acquisto di beni e servizi o la realizzazione di lavori per conto dell'Azienda), l'adozione di provvedimenti che producono effetti favorevoli per il destinatario quali autorizzazioni (anche per l'ALPI), concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere;
- nell'adozione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che incidono in maniera significativa sul contenuto della decisione oggetto del provvedimento finale anche se questo è redatto e firmato da altri;
- negli atti adottati dal RUP nelle diverse fasi dei procedimenti di gara, dalla predisposizione alla pubblicazione del bando, dall'aggiudicazione dell'appalto alla fase di gestione del contratto;
- negli atti adottati nell'esercizio dei poteri ispettivi.

Soggetti privati destinatari dell'attività dell'Azienda sono quelli nei cui confronti il "dipendente" ha esercitato poteri autoritativi e gestionali per conto dell'Azienda, ad esempio, associazioni, fondazioni, federazioni con natura privatistica, società, studi legali e studi di ingegneria e architettura.

L'ex dipendente non può svolgere "attività lavorativa e professionale" per i soggetti privati come sopra individuati. Il divieto concerne sia i rapporti di lavoro subordinato (a tempo determinato o indeterminato, compresi gli incarichi dirigenziali), sia incarichi per ricoprire determinate posizioni (di vertice ma anche inferiori) caratterizzati dai caratteri di continuità e stabilità, siano esse a titolo oneroso o a titolo gratuito.

Al divieto posto ai dipendenti che negli ultimi tre anni hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda nei confronti di soggetti privati destinatari di quell'attività, corrisponde il divieto posto ai soggetti privati destinatari dell'attività dell'Azienda di conferire incarichi al dipendente che nei suoi confronti ha esercitato poteri autoritativi o negoziali.

Il divieto del dipendente di contrarre col privato per tre anni decorre dalla cessazione del rapporto di pubblico impiego (periodo di raffreddamento).

I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli e pertanto:



- il dipendente ha l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti e accertati al soggetto privato che li ha erogati
- i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto di *pantouflage*, hanno il divieto di contrarre con la PA di provenienza dell'ex dipendente pubblico per tre anni decorrenti dalla data di stipula del contratto di lavoro/incarico con l'ex dipendente pubblico. Il divieto di contrarre include tutte le forme di contrattazione relative alle prestazioni commerciali dell'operatore economico colpito dal divieto, con esclusione dei contratti destinati a far ottenere all'operatore economico, destinatario dell'interdizione, l'erogazione di prestazioni di pubblico servizio da parte della PA.

L'accertamento del divieto di *pantouflage* e l'irrogazione delle conseguenti sanzioni sono di competenza dell'ANAC (Cons. Stato, Sez. V, sentenza n. 7411 del 29 ottobre 2019; Corte Cassazione, Sez. U., n. 36593 del 25 novembre 2021)

Per contrastare la violazione del divieto di *pantouflage* si sono adottate le seguenti misure:

1. obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di *pantouflage*, anche allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma e delle specifiche sanzioni in essa previste (il format è predisposto dalla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane);
2. Inserimento nei bandi di gara e negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione, e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, della condizione che l'operatore economico partecipante alla gara non abbia stipulato contratti di lavoro o attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione dell'art.53, c.16-ter, d. lgs. 165/2001 (Direttore S.C. Gestione acquisti Provveditorato-Economato e Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale).

La verifica della dichiarazione resa dall'operatore economico compete al RUP.

Queste procedure sono configurate come obiettivi di performance per il Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane, il Direttore S.C. Gestione acquisti Provveditorato-Economato e il Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale, e per il RPCT che controlla, in sede di audit coi primi, la presenza delle citate dichiarazioni nei documenti.

Il RPCT, qualora venga a conoscenza della violazione del divieto di *pantouflage* da parte di un ex dipendente, segnala la violazione all'Azienda, al soggetto privato con cui l'ex dipendente aziendale ha stipulato un contratto di lavoro subordinato o dal quale ha ricevuto un incarico, e all'ANAC.

VIII - Trasferimento d'Ufficio conseguente a rinvio a giudizio e Sospensione dal Servizio in caso di condanna non definitiva

Sono misure di prevenzione della corruzione, aventi natura amministrativa e non sanzionatoria, anche se obbligatorie, perché poste a protezione dell'immagine di imparzialità dell'Azienda.

Diversi sono i presupposti per la loro applicazione.

Il trasferimento d'ufficio, ai sensi dell'art. 3, c.1, L. 97/2001, deve essere obbligatoriamente disposto dall'Azienda per il dipendente rinviato a giudizio per alcuno dei delitti previsti dagli artt.



314, c. 1, 317, 318, 319. 319-ter, 319-quater, 320 Codice Penale e dall'art. 3, L. 9 dicembre 1941, n. 1383.

Il trasferimento d'ufficio consiste nel trasferire il dipendente rinviato a giudizio a un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzione corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza.

Tuttavia, in presenza di evidenti motivi di opportunità (discredito per l'Azienda) circa la permanenza del dipendente nella sua sede di servizio, l'Azienda, anziché disporre il trasferimento d'ufficio, può disporre il trasferimento di sede e, qualora, in ragione della qualifica rivestita o per motivi organizzativi, non sia possibile attuare né il trasferimento d'ufficio né il trasferimento di sede, il dipendente è posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento salvo che per gli emolumenti strettamente connessi alle presenze in servizio.

Il trasferimento perde efficacia se interviene sentenza di proscioglimento o di assoluzione, anche non definitiva, e, in ogni caso, decorsi 5 anni dalla sua adozione. L'Azienda, però, può non disporre il "rientro nell'ufficio" qualora ciò possa risultare di pregiudizio alla funzionalità dello stesso.

La sospensione dal servizio è, invece, disposta quando il dipendente sia stato condannato, anche con sentenza non definitiva, per uno dei reati di cui sopra (art. 4, L. 97/2001).

Se interviene sentenza di condanna irrevocabile alla reclusione per un tempo non inferiore a due anni per i delitti di cui agli artt. 314, c.1, 317, 318, 319, 319-ter, 319-quater, c.1 e 320 (anche se a pena condizionalmente sospesa), l'Azienda dispone, a seguito di procedimento disciplinare, l'estinzione del rapporto di lavoro, che è misura accessoria di carattere penale, che si aggiunge alle altre pene accessorie previste dall'art.32 del Codice Penale

IX– Gestione delle Sponsorizzazioni

Con delibera n. 609 del 29 ottobre 2019 si approvava il "regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni nell'ASST della Franciacorta", documento che contiene informazioni per gestire le sponsorizzazioni di iniziative formative, informative, educazionali e/o aggiornamenti, organizzate con il contributo di soggetti privati, per lo più commerciali, a favore di operatori del settore sanitario e che, al fine di evitare qualsiasi forma di *maladministration*, individua le condizioni, i vincoli e gli strumenti operativi che permettono, attraverso il contributo di soggetti terzi, di promuovere lo sviluppo e la diffusione della conoscenza, della cultura e della competenza, passaggi indispensabili per migliorare la comprensione dei fenomeni e delle scoperte che modificano l'approccio ai percorsi e ai processi degli enti sanitari, ottimizzano le performance e la qualità del servizio reso al cittadino. Il regolamento è pubblicato in amministrazione trasparente tra i regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità, e ad esso si rinvia https://www.asst-franciacorta.it/wp-content/uploads/2022/09/Regolamento_per_la_disciplina_e_la_gestione_delle_sponsorizzazioni_nell-ASST_Franciacorta_.pdf

**X – Tutela di whistleblower**

In adempimento a quanto prescritto dal D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24 *“Attuazione della direttiva (UE 2019/1937) del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative”* e seguendo le indicazioni fornite dall’ANAC con deliberazione n. 311 del 12 luglio 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”*, si è approvato il *“Regolamento per la tutela di whistleblower”* con deliberazione n. 675 del 25 ottobre 2023, pubblicato nel sito aziendale al link [regolamento-per-la-tutela-di-whistleblower.pdf](#). Si è così aggiornato alla normativa sopravvenuta il *“regolamento per la tutela del dipendente che segnala illeciti”* precedentemente approvato con deliberazione n.723 del 30 dicembre 2016 in attuazione dell’art.1, c. 51, L.190/2012. Nel periodo di vigenza del vecchio regolamento nessuna segnalazione è pervenuta al RPCT, presumibilmente perché i dipendenti temevano che il loro diritto alla riservatezza non fosse garantito per il fatto che l’Azienda non disponesse di un sistema informatico ad hoc. Dallo scorso anno l’Azienda si è dotata della piattaforma digitale WHISTLEBLOWINGPA, fornita gratuitamente da Transparency International, che garantisce la riservatezza del segnalante, del facilitatore, dei soggetti menzionati nella segnalazione, del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione cui si accede direttamente dal sito aziendale. Il regolamento ha avuto ampia diffusione, anche mediante l’affissione di locandine riassuntive nei locali aziendali accessibili agli aventi diritto all’esercizio della segnalazione.



4 - Fasi trasversali del processo di gestione del rischio di corruzione, che si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento, sono:

1 – Consultazione e comunicazione

2 – Monitoraggio e riesame

La fase di **consultazione e comunicazione** consiste nelle attività di:

- coinvolgimento dei soggetti interni ed esterni al fine di reperire le informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione dell'Azienda
- comunicazione, interna ed esterna, delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi.

In Azienda è assicurato il coinvolgimento dei soggetti interni per personalizzare sempre più la strategia anticorruzione, in particolare mediante richieste specifiche del RPCT ai Responsabili di processo e formazione ad hoc per i dipendenti.

Più delicata è la consultazione e comunicazione coi soggetti esterni finalizzata ad acquisire “idee” per nuove e più efficaci strategie di anticorruzione. Benché l'Azienda collabori attivamente con Associazioni, RSA e Comuni del territorio, ancora non è riuscita a coinvolgere questi stakeholders. Si cercherà, nel periodo di validità del presente Piano, di individuare e attuare le strategie più idonee per raggiungere lo scopo.

Il **Monitoraggio** è un'attività continua di verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della loro effettiva idoneità a incidere per ridurre il rischio corruttivo, nonché di controllo dell'aggiornamento dei documenti, dati e informazioni da pubblicare in Amministrazione Trasparente.

Il monitoraggio annuale delle misure di prevenzione, avente ad oggetto tutte le misure di prevenzione individuate e programmate per ogni processo, viene svolta nei tempi e nei modi indicati nella tabella “Piano di trattamento del rischio” ed è configurato quale obiettivo di performance per i responsabili dei processi che, entro la scadenza indicata, devono trasmettere al RPCT una dichiarazione che dia evidenza concreta delle misure di prevenzione applicate

Anche il monitoraggio relativo alla Trasparenza è obiettivo di performance dei Responsabili della pubblicazione che si realizza innanzitutto con la pubblicazione dei documenti, dati e informazioni nei modi e nei termini indicati nella “Obblighi di pubblicazione” e col successivo regolare aggiornamento.

Il monitoraggio si svolge su due livelli, di cui il primo compete ai Responsabili che effettuano una “autovalutazione” in ordine all'effettiva applicazione delle misure di prevenzione e all'effettivo adempimento degli obblighi di pubblicazione di rispettiva competenza rendendo la propria dichiarazione al RPCT che procede a un controllo successivo, anche a campione, dell'effettivo livello di completezza e aggiornamento dei dati, e della congruenza di quanto dichiarato nell'autovalutazione dai responsabili. In particolare, il RPCT verifica la veridicità delle dichiarazioni relative agli obblighi di pubblicazione rese in autovalutazione mediante il controllo delle pubblicazioni nella sezione “Amministrazione Trasparente”; controlla, in confronto coi singoli responsabili di processo, gli indicatori previsti per l'attuazione delle misure di prevenzione che sono rappresentati in apposita colonna del “Piano Trattamento del rischio”; richiede eventualmente



documenti e informazioni idonei a dimostrare l'effettiva azione svolta e organizza incontri finalizzati coi diversi responsabili.

Il monitoraggio si estende agli eventuali controlli mirati disposti dal RPCT a seguito di richieste di accesso civico e/o di reclami presentati all'Azienda da soggetti terzi, anche per il tramite dell'URP. Qualora l'attività di controllo rilevi gravi inadempienze in materia di obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, il RPCT trasmette gli atti alla Direzione Generale, al Nucleo di Valutazione e all'UPD; qualora il RPCT rilevi atti illegittimi o illeciti ne dà comunicazione al Direttore Generale e al Collegio Sindacale.

Gli esiti del monitoraggio annuale sono riportati nella Relazione annuale del RPCT, compilata su modello predisposto dall'ANAC e pubblicata in Amministrazione Trasparente.

Inoltre, un monitoraggio periodico in data anteriore alla corresponsione della retribuzione di risultato, è effettuato dal RPCT, con la collaborazione del responsabile controllo di gestione.

Per l'anno 2025 si confermano le scadenze semestrali per il monitoraggio, fissando il termine entro cui i responsabili di processo e di pubblicazione devono trasmettere la propria autovalutazione al RPCT al 30 giugno e al 15 dicembre in quanto ciò permette di intervenire con azioni correttive per una migliore attuazione del Piano.

Le risultanze del monitoraggio, infatti, utilizzate anche per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "sistema di gestione del rischio", costituiscono il presupposto per la definizione della successiva strategia di anticorruzione e sono inserite nella relazione annuale del RPCT, pubblicata in Amministrazione Trasparente.

Nel triennio 2025-2027 si intende procedere al riesame della funzionalità del sistema di gestione del rischio che coinvolgerà tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di identificare eventuali processi non mappati, individuare eventuali nuovi rischi e prevedere diversi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio.



2 – PROGRAMMAZIONE DELLA TRASPARENZA.

Trasparenza quale misura di prevenzione – diritto di accesso - carta dei servizi

Trasparenza significa *accessibilità totale dei dati, dei documenti e delle informazioni detenuti dall'Azienda, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini/pazienti, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche* (art.1, c.1, D. Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D. Lgs.97/2016 e dal D. Lgs. 12 luglio 2024 n. 103). La trasparenza, infatti, favorisce la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che l'Azienda realizza in favore della comunità di riferimento.

La Trasparenza è garantita mediante l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui al D. Lgs. 33/2013 e successive modifiche e integrazioni, secondo le modalità indicate nella deliberazione n. 1310/2016 (all. n.1) e le successive indicazioni fornite da ANAC.

Le pubblicazioni sono effettuate nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale; la sottosezione "Altri contenuti" è implementata con pubblicazioni non obbligatorie nella pagina "Dati ulteriori", ma ritenute di utilità per la collettività. Anche in questo modo l'Azienda incrementa il livello di Trasparenza della propria azione, concorrendo ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di uguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.

La Trasparenza è complementare al diritto di **Accesso** che, ai sensi del D. Lgs. 33/2013 novellato dal D. Lgs. 97/2016, è distinto nei tre seguenti tipi:

1. accesso documentale, disciplinato dal capo V della L. 241/1990
2. accesso civico "semplice", disciplinato dall'art.5, c.1, D. Lgs. 33/2013, limitato ai documenti oggetto di obbligo di pubblicazione, quando non siano stati pubblicati
3. accesso generalizzato (FOIA), disciplinato dall'art.5, c.2, D. Lgs.33/2013 come modificato e integrato dal D. Lgs.97/2016, esteso a qualsiasi documento, dato e informazione di cui l'Azienda sia in possesso e che può essere chiesto da chiunque senza alcun particolare interesse.

L'ASST della Franciacorta ha disciplinato in un unico documento le tre diverse tipologie di accesso tenendo conto di quanto disposto dall'ANAC con deliberazione n.1309 del 28 dicembre 2016. Con delibera del Direttore Generale n 359 del 12 luglio 2017, infatti, veniva approvato il regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti, del diritto di accesso civico e del diritto di accesso civico generalizzato, e istituito il "Registro degli Accessi", la cui regolare tenuta e il costante aggiornamento sono affidati al responsabile della SC Affari Generali e Legali <https://www.asst-franciacorta.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/accesso-civico/registro-accessi-attivo/>

Connesso all'Accesso è il diritto alla PRIVACY, cioè il diritto degli individui alla protezione dei propri **dati personali**, così come declinati nel Regolamento europeo della protezione dei dati personali (REG EU 679/2016). Particolare attenzione, infatti, deve essere riservata alla pubblicazione di questi dati per i quali bisogna rispettare i vincoli derivanti dalle norme in tema di protezione dei dati personali di cui al Regolamento Europeo sulla Privacy n.2016/679, come precisato dall'art. 4 del D. Lgs. 33/2013 che specifica: *"le pubbliche amministrazioni possono disporre la pubblicazione sul proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti che non*



hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del presente decreto o sulla base di specifica previsione di legge o di regolamento, fermi restando i limiti e le condizioni espressamente previsti da disposizioni di legge, procedendo alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti". Per garantire la liceità dell'eventuale pubblicazione di dati personali è necessario che la pubblicazione abbia il presupposto in una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento (d.lgs.101/2018), e che siano rispettati tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti nell'art.5 del Regolamento UE 2016/679 quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, tenendo anche conto del principio di responsabilizzazione del titolare del trattamento dei dati. Assumono rilievo, infatti, i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati (minimizzazione dei dati), e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

Per procedere alla pubblicazione di dati personali garantendo il diritto alla riservatezza, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e, al contempo, soddisfare il diritto dei cittadini al libero accesso ai dati e alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, poiché sono entrambi diritti tutelati sia dalla Costituzione sia dal diritto europeo, è necessario procedere al "bilanciamento" degli stessi avvalendosi, come indicato dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 20 del 23 gennaio 2019, del test di proporzionalità che *"richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazioni stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento dei detti obiettivi"*.

Comunque, nei casi di dubbi sulla liceità della pubblicazione dei dati personali, il RPCT può avvalersi della consulenza del Responsabile della Protezione dei Dati, il cui incarico è stato conferito, da ultimo, con deliberazione aziendale n. 715 del 16.11.2023, il quale è tenuto, ai sensi dell'art.39 del RGPD, anche a *"informare e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali"*. Tuttavia, se la questione emerge in un'istanza di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato di esclusiva competenza del RPCT, questi ha il potere di chiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali.

Tra i dati personali rientrano anche quelli oggetto di pubblicazione indicati nell'art. 14, c.1, lett. f), D. Lgs. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 97/2016, riferiti alla situazione reddituale e patrimoniale dei dirigenti.

La formulazione degli articoli disciplinanti la materia ha generato diverse interpretazioni circa la pubblicazione di questi dati per la dirigenza sanitaria cui, ai sensi dell'art. 41, D. Lgs. 33/2013, si applica il disposto dell'art. 15 che non contempla la pubblicazione dei dati relativi alla situazione reddituale e patrimoniale.

La concreta applicazione delle norme ha dato luogo ad azioni legali con conseguenti pronunce giurisprudenziali tra cui, *in primis*, la sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019, in cui è precisato, tra l'altro, che *le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui all'art. 14, c.1, lett.*



f), D. Lgs. 33/2013 solo per i titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall'art. 19, c. 3, D. Lgs. 165/2001 (incarichi di Segretario generale di Ministeri, incarichi di direzione di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali e quelli di livello equivalente e ha sollecitato il legislatore a individuare, per ogni pubblica amministrazione, quali sono i dirigenti equiparabili a quelli indicati nell'art. 19 sopra citato.

Il legislatore era intervenuto con l'art. 1, c. 7 e segg., D.L. 30 dicembre 2019, n. 162, convertito nella L. 28 febbraio 2020, n. 8, rinviando l'individuazione dei dati di cui all'art. 14, c.1, D. Lgs.33/2013 che la PA deve pubblicare con riferimento ai titolari amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali, comunque denominati, nonché ai dirigenti sanitari di cui all'art. 41, c. 2 (DG, DA, DS, DSS, i responsabili di dipartimento, di SC e di SS) dello stesso decreto legislativo, a un regolamento da adottarsi, su proposta del Ministro della Pubblica Amministrazione di concerto coi Ministri della Giustizia, dell'Interno, dell'Economia e Finanze, degli Affari esteri e della cooperazione internazionale, e della Difesa, sentito il Garante per la protezione dei dati. Il regolamento interministeriale, a tutt'oggi, non è stato emanato e considerato che Regione Lombardia non ha identificato gli strumenti utili all'attuazione dell'art. 14, c.1, lett. f), D. Lgs. 33/2013, come suggerito da ANAC con delibera n. 1126 del 4 dicembre 2019, e che il TAR Lazio (Sez. I, sentenza n. 12288 del 20 novembre 2020) ha ritenuto che *l'applicazione del regime di trasparenza più pervasivo... debba essere limitato alle sole figure dirigenziali effettivamente apicali che, per quanto riguarda il SSN, sono solo il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Socio-sanitario e il Direttore Sanitario, come individuati nel modello normativo di cui al D. Lgs. 502/1992*, pare corretto non procedere alla pubblicazione di questi dati per la Dirigenza sanitaria, mentre la Direzione Strategica acconsente alla loro pubblicazione.

L'Azienda, comunque, procederà alla raccolta di questi dati, indicati anche nell'art. 13, c. 3 del Codice di comportamento aziendale, aggiornato con delibera n. 674 del 25 ottobre 2023 [Aggiornamento-2023-codice-di-comportamento.pdf \(asst-franciacorta.it\)](#), che saranno inseriti nel fascicolo personale di ogni dirigente, e non pubblicizzati.

Si precisa, inoltre, che per la pubblicazione di dati e informazioni nella sotto-sezione di primo livello "Controlli sulle attività economiche" si è in attesa dello *schema standardizzato elaborato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 23 bis, D. Lgs. n. 33/2013, relativo agli obblighi e agli adempimenti oggetto delle attività di controllo che gli operatori sono tenuti a rispettare nello svolgimento delle attività economiche per ottemperare alle disposizioni normative* che, al momento, non paiono applicabili alla nostra Azienda.

Risponde ai fini della Trasparenza anche la **Carta dei Servizi** che è il mezzo prioritario per portare a conoscenza del cittadino/utente i servizi offerti dall'Azienda e le modalità della loro erogazione, rinvenibile al seguente link [Carta dei servizi e standard di qualità - ASST Franciacorta](#). Nel 2019 si è proceduto alla sua revisione unificando, a seguito della riforma del servizio socio sanitario lombardo, le due precedenti e diverse carte dell'area ospedaliera e dell'area territoriale in un'unica carta aziendale dei servizi, e "trasformandola" in pagine web del portale aziendale il cui corpo è costituito da link ad aree pubbliche che ne alimentano i contenuti. In questo modo la Carta dei Servizi dovrebbe presentare informazioni costantemente aggiornate, a tutto vantaggio di chi ha



la necessità di consultarle. Gli aggiornamenti/alimentazioni delle singole pagine, sono comunicati dalle unità operative interessate all'URP che coordinerà le pubblicazioni necessarie all'aggiornamento, anche con la collaborazione della funzione aziendale "Comunicazione".

Obiettivi generali del Programma

Attraverso la concreta attuazione del Programma della Trasparenza, l'Azienda intende perseguire i seguenti obiettivi

- La trasparenza, quale accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività amministrativa allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sulle funzioni istituzionali e sull'uso delle risorse
- La piena attuazione del diritto alla conoscibilità, consistente nel diritto riconosciuto a chiunque di conoscere, fruire gratuitamente, utilizzare e riutilizzare documenti, dati e informazioni pubblicati obbligatoriamente per legge
- L'integrità, l'aggiornamento costante, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, la conformità agli originali dei documenti, delle informazioni e dei dati pubblicati relativi all'attività e all'organizzazione amministrativa
- Il libero esercizio dell'accesso civico "semplice" quale diritto riconosciuto a chiunque di richiedere documenti, informazioni e dati non pubblicati pur essendo oggetto di pubblicazione obbligatoria
- Il libero esercizio dell'accesso civico "generalizzato" (FOIA) quale diritto di accedere a dati e documenti e informazioni detenuti dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del D. Lgs. n. 97/2016.

Questi obiettivi hanno la funzione di indirizzare l'azione amministrativa e i comportamenti degli operatori verso:

- elevati livelli di trasparenza dei comportamenti dei dipendenti aziendali e, quindi, di tutta l'azione amministrativa
- lo sviluppo della cultura della legalità e dell'integrità nella gestione del bene pubblico.

La programmazione della Trasparenza è rappresentata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale [Amministrazione trasparente - ASST Franciacorta \(asst-franciacorta.it\)](http://asst-franciacorta.it) in cui, al fine di favorire la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività dell'Azienda alla comunità di riferimento, agli utenti e agli stakeholder sia esterni sia interni, sono pubblicati non solo i documenti, dati e informazioni la cui pubblicazione è obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., ma anche i c.d. "Dati ulteriori", quelli, cioè, ritenuti di utilità per la collettività. Anche in questo modo l'Azienda incrementa il livello di Trasparenza della propria azione, concorrendo ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di uguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla Nazione.



L'Azienda, infatti, tende a garantire, a tutti i destinatari della sua azione, valore pubblico in termini di Trasparenza intesa sia come conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che realizza, sia come sviluppo di una cultura dell'etica e della legalità e, quindi, come creazione di un ambiente sfavorevole alla corruzione/*maladministration*. Sono questi gli obiettivi strategici assegnati dal DG al RPCT per il triennio 2025-2027 sulla base dei quali è proposto il presente documento.

Per garantire la Trasparenza si è adottato un modello a rete che coinvolge i dirigenti, il Gruppo di supporto al RPCT e in genere tutti i dipendenti, nel processo di pubblicazione affinché siano rispettati i criteri di qualità e i requisiti di completezza e attendibilità previsti.

Nella tabella "Obblighi di pubblicazione", conforme all'allegato 1 del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m. e i., le pubblicazioni sono organizzate indicando per ogni sotto-sezione di 1 livello (Macrofamiglia) i seguenti "identificativi":

- denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)
- riferimento normativo
- denominazione singolo obbligo
- contenuto dell'obbligo
- aggiornamento
- dirigente ufficio responsabile dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione
- termine scadenza per la pubblicazione
- monitoraggio, tempo e responsabile.

Si precisa che:

1-l'Azienda ha individuato il "Responsabile Unico dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione" nel Responsabile di Struttura competente per materia come individuato dall'organigramma, il quale coincide anche col Responsabile dei processi/sottoprocessi ricompresi nelle funzioni dell'area allo stesso attribuite;

2-il termine di scadenza per l'aggiornamento delle pubblicazioni è quello indicato nell'allegato 1 al D. Lgs. n. 33/2013 e s. m. i. *Ove sia previsto l'aggiornamento tempestivo, e non si tratti di atti che per loro natura o per disposizione di legge (es. nel caso in cui la pubblicazione sia condizione di efficacia) è indispensabile che siano pubblicati nell'immediatezza della loro adozione*, il termine entro cui adempiere all'obbligo è determinato dall'Azienda *tenendo conto della propria organizzazione e secondo principi di responsabilità e ragionevolezza idonei ad assicurare la continuità e la celerità della pubblicazione dei dati, nel rispetto dello scopo della normativa sulla trasparenza* (all. n. 5 delibera ANAC n. 294/2021). Il termine così individuato è indicato nella Tabella Obblighi di pubblicazione (nella colonna "termine di scadenza per la pubblicazione") ed è vincolante per il Responsabile.

Modalità di attuazione degli obblighi di pubblicazione

Ogni Responsabile, entro il termine indicato nella tabella "Obblighi di pubblicazione", pubblica documenti, dati e informazioni in essa indicati e rientranti nella sua area di competenza garantendone la completezza e l'aggiornamento, come indicato nell'all. n. 5 della delibera ANAC n. 294/2021.



In questo documento è stabilito, circa la **completezza**, che *un dato è pubblicato in modo completo se la pubblicazione è esatta, accurata e rivolta a tutti gli uffici, ed è precisato che l'esattezza fa riferimento alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere, mentre l'accuratezza concerne la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.*

L'**aggiornamento**, da effettuare nel termine indicato nella tabella “Obblighi di pubblicazione”, può avere cadenza annuale, semestrale, trimestrale, o può essere tempestivo nel senso sopra indicato.

Esso è dimostrato con l'indicazione della data accanto al dato pubblicato e in fondo ad ogni pagina di Amministrazione Trasparente. Quest'ultima indicazione è necessaria soprattutto nei casi in cui l'aggiornamento non consiste in una modifica del dato essendo sufficiente un controllo dell'attualità delle informazioni pubblicate, anche a tutela di eventuali interessi individuali coinvolti.

I Responsabili devono, in ogni caso, garantire la qualità delle pubblicazioni come definita nell'art. 6, D. Lgs. n. 33/2013, assicurandone, oltre la completezza e il costante aggiornamento, *l'integrità, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità*, consapevoli che *l'esigenza di assicurare adeguata qualità alle informazioni non può, in ogni caso, costituire motivo per l'omessa o ritardata pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti.*

A tal fine i documenti, i dati e le informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati in formato di tipo aperto ai sensi dell'art. 68 del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) e sono riutilizzabili ai sensi del D. Lgs. 36/26, del D. Lgs. 82/2005 e del D. Lgs. 196/2003, senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

Le attività di pubblicazione e il loro aggiornamento sono declinate negli obiettivi individuali dei dirigenti Responsabili della pubblicazione e negli obiettivi organizzativi delle articolazioni aziendali coinvolte. Ciò nell'ottica del miglioramento continuo dei servizi erogati, connotato al ciclo delle performance, e in adempimento a quanto disposto dall'art. 1, c. 36, L. 190/2012 che qualifica i contenuti del D. Lgs. n. 33/2013 quale *“individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione”*.

Monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione

L'attuazione degli obblighi di pubblicazione deve essere monitorata con azioni di verifica e controllo.

L'art. 43 del D. Lgs. n. 33/2013, infatti, impone al RPCT di *svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate e di segnalare alla Direzione Generale, al NdV, all'ANAC e, nei casi più gravi all'UPD, il mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.*

Il monitoraggio è semestrale. I Responsabili della pubblicazione rendono un'autodichiarazione al RPCT circa l'adempimento, totale o parziale, degli obblighi di pubblicazione e le eventuali criticità



riscontrate, al 30 giugno e al 15 dicembre di ogni anno. Le autodichiarazioni sono trasmesse al RPCT entro il 10 luglio dell'anno in corso ed entro il 10 gennaio dell'anno seguente.

Successivamente il RPCT, con la collaborazione del Gruppo di supporto, controlla le pubblicazioni sul sito. Le risultanze del controllo sono contenute nella relazione di monitoraggio semestrale al 30 giugno, trasmessa alla Direzione entro il 31 luglio, e nella "relazione del RPCT" pubblicata in Amministrazione Trasparente entro il termine stabilito da ANAC (1 gennaio 2025 – Comunicato Presidente ANAC del 29 ottobre 2024).

Gli esiti del monitoraggio al 30 giugno 2024 sono stati trasmessi alla Direzione con verbale del 29 luglio – prot. n. 25719. Al fine di verificare e analizzare le criticità rilevate, su suggerimento del Direttore Amministrativo e con la sua partecipazione, nei mesi successivi si sono svolti appositi incontri con i singoli Responsabili e i relativi componenti del Gruppo di supporto, nel corso dei quali si è resa maggiormente consapevole la loro partecipazione al processo di pubblicazione con la conseguente proposta di adottare le misure più opportune a rendere effettiva l'attuazione della Trasparenza, tra cui la definizione di un "termine tempestivo", coerente con l'organizzazione aziendale, entro cui aggiornare le informazioni e i dati pubblicati. Dall'analisi delle criticità rilevate sono anche emerse alcune azioni da intraprendere nel prossimo triennio, come descritto in seguito.

In corso d'anno il RPCT ha verificato l'adempimento degli obblighi di pubblicazione anche a campione, tra cui quelli relativi ai progetti finanziati col PNRR che, conformemente a quanto stabilito nella Circolare MEF-RGS n.9 del 10/02/2022, sono correttamente pubblicati in apposita sezione del sito aziendale al seguente link [ATTUAZIONE MISURE PNRR - ASST Franciacorta](#).

Con la struttura Gestione Tecnico Patrimoniale e la struttura Gestione Acquisti Provveditorato-economato, si sono condivise le modifiche da apportare alla sotto-sezione "Bandi di gara e Contratti" per renderla coerente col nuovo Codice degli Appalti (art. 19) seguendo le indicazioni fornite da ANAC col PNA 2023 e con le delibere emanate in materia, rinvenibile al seguente link [Bandi di gara e contratti - ASST Franciacorta](#).

Una verifica annuale della sezione Amministrazione Trasparente è, inoltre, svolta dal Nucleo di Valutazione per le sotto-sezioni e con le modalità indicate dall'ANAC. Il 12 luglio 2024, il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni ha attestato l'avvenuta pubblicazione dei documenti, dati e informazioni indicati nella delibera ANAC n. 213 del 23 aprile 2024. L'attestazione è rinvenibile al seguente link [ATTESTAZIONE DELL'OIV O DI ALTRA STRUTTURA ANALOGA NELL'ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE - ASST Franciacorta](#).

A seguito di confronto col Nucleo di Valutazione circa l'applicabilità dell'art. 23-bis del D. Lgs. n. 33/2013 (Obblighi di pubblicazione concernenti i controlli sulle attività economiche), introdotto dal D. Lgs. n.103/2024, considerato che sono previste indicazioni operative sia per il censimento dei controlli effettuati (entro 150gg) sia per la loro pubblicazione in AT (schema standardizzato del DFP), e che si tratta di attività che in ambito sanitario non riguardano l'ASST, si ritiene opportuno attendere ulteriori precise indicazioni.

Attività programmate per il triennio 2025 - 2027

Nel 2025 si procederà all'aggiornamento delle sezioni di Amministrazione Trasparente in conformità agli schemi relativi agli artt 13 (*obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione*



delle pubbliche amministrazioni) e 31 (obblighi di pubblicazione concernenti i dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione) del D. Lgs 33/2013, allegati alla delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024.

Saranno aggiornati i dati e le informazioni richiesti dall'art. 15 del D. Lgs. 33/2013 per i medici che esercitano l'attività libero professionale intramuraria, incrementate le informazioni relative alle tipologie di procedimento ex art. 35, c.1 e c.2, specificati i provvedimenti degli organi di indirizzo politico e quelli dei dirigenti ex art. 23.

L'Azienda, consapevole che, come recita l'art. 10, c. 3, D. Lgs. n. 33/2013, *“La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali”*, nel triennio 2025-2027 sarà impegnata nel completo adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme di legge, con l'impegno di incrementarne i criteri di qualità della pubblicazione espressamente indicati dall'art. 6, D. Lgs. 33/2013, ovvero : integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità, da garantire anche mediante il miglioramento dei processi di informatizzazione che consentiranno sempre più un trasferimento automatico delle informazioni oggetto di pubblicazione direttamente dagli applicativi aziendali, sotto il profilo della completezza delle informazioni pubblicate, della qualità dei dati e dell'aggiornamento. Il processo di pubblicazione, quindi, vede coinvolto anche il SIA.

Nel triennio 2025-2027, inoltre, si continuerà il processo, avviato nel 2018 e proseguito negli anni successivi, che consente di evitare la pubblicazione sul sito aziendale “Amministrazione Trasparente” di dati, informazioni e documenti già disponibili presso banche dati gestite a livello nazionale, elencate nell'allegato B) del D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. 103/2024, inserendo i link relativi nelle corrispondenti sezioni del sito aziendale.