

RELAZIONE ANNUALE SULL'ATTIVITA' SVOLTA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'

Anno 2016

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	1 di 21

Indice

Introduzione	3
1 Organizzazione aziendale	4
Il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza - RAT	4
L'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza - UAT.....	4
Risorse umane	4
Risorse tecnologiche.....	4
Il Tavolo Aziendale Trasparenza - TAT.....	4
Il Comitato Anticorruzione e Trasparenza - CAT	5
2 Prevenzione della Corruzione	6
Mappatura dei processi	6
Autoanalisi organizzativa e indicatori	8
Internal Auditing.....	10
Procedura amministrativa.....	10
Aspetti sanitari - documentali.....	11
Whistleblowing.....	11
Segnalazione n. 1	11
Segnalazione n. 2.....	12
Segnalazione n. 3.....	12
Formazione del personale	13
Codici di comportamento	14
3 Trasparenza e Integrità	17
Procedura aperta.....	17
Accesso Civico	17
Processo di attuazione del Programma Trasparenza.....	18
Piano della Performance.....	20
OIV – Organismo Indipendente di Valutazione.....	21
4 Note finali.....	21
Recapiti del RAT	21

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	2 di 21

Introduzione

Il presente documento illustra i risultati dell'attività svolta durante l'anno corrente per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità, in ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 1, comma 14, della Legge n. 190/2012.

Si segnala in primo luogo che le attività previste dalla Legge n.190/2012 e dai decreti legislativi ad essa connessi, così come le norme derivanti dalle Delibere dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), hanno costituito un importante elemento di innovazione all'interno dell'amministrazione pubblica e hanno richiesto tempestivi adattamenti organizzativi finalizzati alla loro implementazione. Premesso che numerose e significative responsabilità sono poste a carico dello Responsabile Prevenzione Corruzione, l'azione di quest'ultimo ha potuto avvantaggiarsi della fattiva collaborazione della Direzione Strategica e dei Direttori delle strutture aziendali, sia amministrative che sanitarie, coinvolte dallo spettro della Legge n. 190/2012 e dei successivi decreti correlati. A ciò ha contribuito l'indispensabile supporto dei sistemi informativi aziendali che, con la loro natura trasversale, hanno giocato un ruolo rilevante nell'implementazione del Programma per la Trasparenza.

Rispetto agli anni precedenti, nell'anno in corso sono state incrementate le attività destinate ai controlli, come di seguito specificato.

- La prima tipologia di controlli è stata realizzata secondo quanto previsto nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per l'Integrità 2016 (PTPC) con particolare riferimento al paragrafo 9 "Trattamento del rischio: misure ulteriori". I controlli specifici hanno riguardato la mappatura dei processi attuata secondo la metodica FMEA, la autoanalisi organizzativa con gli indicatori relativi alle procedure di approvvigionamento ed, infine, il settore della Attività Libero Professionale Intramoenia (ALPI).
- Controlli ulteriori sono stati implementati nell'ambito delle attività di Internal Auditing con particolare riguardo al servizio di odontoiatria aziendale, oggetto di indagini giudiziarie che si sono appalesate all'inizio dell'anno e che hanno comportato provvedimenti restrittivi a carico di alcuni dipendenti dell'azienda, sia sanitari sia amministrativi, oltre che del titolare della società aggiudicataria del contratto di service.
- Una terza tipologia di controlli è stata attuata in risposta alla ricezione di alcune segnalazioni di presunti fatti illeciti a carico di dipendenti, sanitari e amministrativi, nell'ambito delle procedure di whistleblowing.

Nella certezza di avere svolto al meglio l'incarico al fine di realizzare tutti gli adempimenti richiesti, lo scrivente è consapevole che il processo di miglioramento della cultura della legalità sia soltanto all'inizio e che molto vi sia ancora da fare. Il presente documento è suddiviso nelle seguenti tre sezioni:

1. Organizzazione aziendale;
2. Prevenzione della corruzione;
3. Trasparenza e integrità.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	3 di 21

1 Organizzazione aziendale

Il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza - RAT

Con la Deliberazione n. 240 del 20 marzo 2013 questa Azienda ha nominato lo scrivente Dott. Roberto Agosti, già Direttore della Struttura Complessa Risk Management in staff al Direttore Generale, quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione. In seguito all'entrata in vigore del D.Lgs. 33 del 14.03.2013, la Direzione ha identificato nella stessa persona il ruolo di Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità aziendale, attribuendole sia la funzione di prevenzione della corruzione che di attuazione della normativa sulla trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione comprendente altresì la funzione di coordinamento informativo, statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale, di cui all'articolo 117, comma 2, lettera r) della Costituzione.

L'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza - UAT

In seguito alla sopra citata Delibera, il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza (RAT) ha organizzato l'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza (UAT) come di seguito riportato, in ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 2 della Legge n. 190 / 2012 (clausola di invarianza) che prevede che le amministrazioni competenti provvedano allo svolgimento delle attività previste dalla legge con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

R i s o r s e u m a n e

Dott. Roberto Agosti, DSC¹ Risk Management, RAT
Sig.ra Manuela Fornili, Assistente Amministrativo part-time

R i s o r s e t e c n o l o g i c h e

- Attivazione delle seguenti caselle di posta elettronica:
anticorruzione.trasparenza@pec.asst-vimercate.it
accesso.civico@pec.asst-vimercate.it
anticorruzione.trasparenza@asst-vimercate.it
- Creazione di Data-Base
E' stato creato un Data-Base per la gestione delle richieste di accesso civico

Il Tavolo Aziendale Trasparenza - TAT

Tutti i Direttori delle strutture elencate nella Tabella 3 riportata più avanti, sono stati identificati in qualità di Stakeholder interni. Al fine di garantire la migliore partecipazione dei suddetti dirigenti

¹ DSC = Direttore Struttura Complessa

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	4 di 21

all'implementazione della norma sulla trasparenza, è stato istituito il Tavolo Aziendale Trasparenza (TAT). Il TAT è costituito da tutti i Direttori delle strutture coinvolte direttamente nella redazione e pubblicazione / aggiornamento delle informazioni previste dalla normativa corrente. Le riunioni del TAT sono indette dal RAT in base alle necessità contingenti e a eventuali modifiche normative. In alternativa, le riunioni del TAT sono organizzate nell'ambito delle riunioni del Dipartimento Amministrativo convocate dal rispettivo Direttore o dal Direttore Amministrativo aziendale. Nel corso dell'anno 2016 il TAT si è riunito nelle seguenti date:

Tabella 1: Riunioni del TAT 2016

Riunione	Data
1°	29 febbraio
2°	21 marzo
3°	26 aprile

Il Comitato Anticorruzione e Trasparenza - CAT

L'Azienda ha istituito il Comitato aziendale Anticorruzione e Trasparenza (CAT) coordinato dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e costituito dai seguenti membri:

Tabella 2: Composizione del CAT

COMITATO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	
1	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
2	Direttore SC Controllo di Gestione
3	Responsabile del Team di Internal Auditing
4	Responsabile Comunicazione Aziendale
5	Dirigente Medico
6	Infermiere

Il CAT svolge funzioni consultive, di programmazione e di controllo delle attività inerenti l'applicazione della Legge n. 190/2012 e dell'articolo 11 del D.L. 150/2009, in accordo con quanto stabilito da apposito regolamento interno. Il CAT si è riunito in via informale numerose volte nel corso dell'anno.

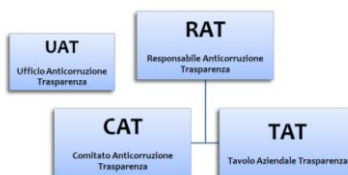


Figura 1: Responsabile Anticorruzione Trasparenza, Ufficio Anticorruzione e Trasparenza, Comitato Anticorruzione Trasparenza e Tavolo Anticorruzione Trasparenza

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	5 di 21

2 Prevenzione della Corruzione

In data 1 febbraio 2016, con deliberazione n. 55, la Direzione ha adottato il “Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per l’Integrità 2016” (PTPC).

Mappatura dei processi

Quale attività propedeutica allo sviluppo delle iniziative aziendali e, peraltro, prevista dalla Legge 190/2012, sono state identificate le attività aziendali a maggior rischio di corruzione, sia in ambito amministrativo che in ambito sanitario. Per quanto riguarda le attività del settore amministrativo, è stata attuata la mappatura di rischio come previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA). In particolare, ai sensi dell’art. 1, comma 9, lett. a) della Legge 190/2012, il PTPC ha individuato le attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell’esercizio delle proprie competenze e funzioni d’Ufficio. E’ di seguito riportato l’elenco delle strutture coinvolte.

Tabella 3: Strutture a maggior rischio di corruzione

STRUTTURA / SERVIZIO	ORGANIZZAZIONE AZIENDALE
SC Sistemi Informativi Aziendali	Staff Direzione Generale
SC Tecnico Patrimoniale	Dipartimento Amministrativo
SC Affari Generali e Legali	Dipartimento Amministrativo
SC Economico Finanziaria	Dipartimento Amministrativo
SC Risorse Umane	Dipartimento Amministrativo
SC Approvvigionamenti	Dipartimento Amministrativo
SC Gestione logistica alberghiera e concessione	Dipartimento Amministrativo
SC Ingegneria Clinica	Staff Direzione Sanitaria Aziendale
SC Farmacia Ospedaliera Aziendale	Staff Direzione Sanitaria Aziendale

Dalla mappatura del rischio deriva l’identificazione dei processi che meritano un ulteriore approfondimento operativo sia in termini di analisi di processo che di adozione di misure ulteriori.

Per ognuna delle nove strutture complesse elencate nella tabella 3, è stato definito un processo specifico da sottoporre ad analisi secondo la metodologia FMEA allo scopo di identificare sia i principali punti critici in termini di probabilità di accadimento e di impatto conseguente, che le misure di prevenzione più efficaci per ridurre il rischio.

I processi da sottoporre ad analisi sono stati concordati dal RAT con i singoli DSC sulla base delle evidenze prodotte dall’analisi del rischio. Il RAT ha fornito ai DSC gli strumenti operativi idonei per la realizzazione dell’analisi di processo e il supporto di personale competente nella tecnica FMEA afferente alla SC Risk Management nella persona della Dott.ssa Mariapia Ferrario.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	6 di 21

L'attività di mappatura dei processi è iniziata il giorno 11 maggio 2016 e si è conclusa il 30 novembre 2016. Tutti i DSC delle strutture sopra riportate nonché altri collaboratori identificati dagli stessi DSC sono stati coinvolti nello svolgimento delle attività di mappatura. Sono state effettuate 20 riunioni di analisi di processo con la produzione di mappature secondo la metodica FMEA. Di seguito sono elencati i processi mappati.

Tabella 4: Mappatura dei processi

STRUTTURA / SERVIZIO	PROCESSO MAPPATO	MAPPATURA CONSEGNATA (30/11/2016)
SC Sistemi Informativi Aziendali	<i>Analisi delle necessità</i>	SI
SC Tecnico Patrimoniale	<i>Valutazione dell'offerta tecnica</i>	SI
SC Affari Generali e Legali	<i>Conferimento incarichi di patrocinio e difesa in giudizio ASST a professionisti avvocati esterni</i>	SI
SC Economico Finanziaria	<i>Verifiche pagamento fatture d'acquisto</i>	SI
SC Risorse Umane	<i>Espletamento concorsi a tempo indeterminato</i>	NO
SC Approvvigionamenti	<i>Procedimento per l'acquisto dei prodotti informatici (ICT)</i>	SI
SC Gestione logistica alberghiera e concessione	<i>Gestione dei beni economici</i>	SI
SC Ingegneria Clinica	<i>Valutazione delle offerte</i>	SI
SC Farmacia Ospedaliera Aziendale	<i>Acquisti in economia</i>	SI

Alla data di pubblicazione del presente documento, è stata ricevuta l'analisi di processo da parte di otto delle nove strutture riportate nella Tabella 3, essendo mancante l'analisi di processo della SC Risorse Umane.

Autoanalisi organizzativa e indicatori

Con riferimento alla Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, il PTPC prevedeva la rilevazione degli indicatori relativi alle procedure di approvvigionamento nelle diverse fasi della programmazione, progettazione della gara, selezione del contraente, verifica e stipula del contratto, esecuzione del contratto e rendicontazione del contratto.

Gli indicatori sotto riportati sono stati trasmessi allo scrivente entro il 30 novembre 2016 dal DSC Approvvigionamenti.

Tabella 5: Autoanalisi organizzativa e indicatori

Fase	Indicatore	Tipo	Valore
Programmazione	Valore degli appalti affidati tramite procedure non concorrenziali	Valore assoluto	7515500,00
Progettazione della gara	<i>Numeratore</i> Numero di procedure negoziate con o senza previa pubblicazione del bando di affidamenti diretti / cottimi fiduciari <i>Denominatore</i> Numero totale delle procedure attivate	Frazione	104/65 = 1,6
Progettazione della gara	<i>Numeratore</i> Numero di procedure attivate sotto soglia comunitaria soggette a varianti concluse sopra soglia <i>Denominatore</i> Numero di procedure attivate sotto soglia	Frazione	0/65 = 0
Progettazione della gara	<i>Numeratore</i> Numero di affidamenti con Offerta Economicamente Più Vantaggiosa (OEPV) <i>Denominatore</i> Numero totale degli affidamenti	Frazione	37/157 = 23,56
Selezione del contraente	Numero delle procedure attivate per le quali è pervenuta una sola offerta	Valore assoluto	41
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	<i>Numeratore</i> Numero degli stessi operatori economici aggiudicatari <i>Denominatore</i> Numero totale dei soggetti aggiudicatari	Frazione (cadenza biennale al 30/11/2017)	10/67 = 14,92
Esecuzione del contratto	<i>Numeratore</i> Numero degli affidamenti con almeno una variante <i>Denominatore</i> Numero totale degli affidamenti	Frazione	0/67 = 0
Esecuzione del contratto	<i>Numeratore</i> Numero degli affidamenti con almeno una proroga <i>Denominatore</i> Numero totale degli affidamenti	Frazione	0/67 = 0
Rendicontazione del contratto	<i>Numeratore</i> Costo finale dei contratti conclusi <i>Denominatore</i> Costo iniziale dei contratti	Frazione	814000,00/814000,00 = 1,0

Gli indicatori sopra riportati saranno oggetto di monitoraggio nel corso del 2017 al fine di evidenziare l'andamento temporale dei valori che possano suggerire ulteriori elementi di rischio corruttivo.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	8 di 21

Per quanto riguarda gli specifici ambiti di competenza del settore sanitario, il PTPC prevedeva il monitoraggio di alcuni indicatori relativi alle procedure di acquisizione del personale e all'attività libero professionale intramoenia (ALPI).

Il valore degli indicatori sotto riportati è stato rilevato al 30 novembre 2016.

Tabella 6: Indicatori per il settore sanitario

Area	Indicatore	Tipo	Valore
Incarichi dirigenziali di Struttura Complessa	<i>Numeratore</i> Numero di Direttori di Struttura Complessa Sanitaria <i>Denominatore</i> Numero del personale assegnato alla struttura complessa sanitaria	Frazione	Media = 3,83 Minimo = 0,63 Massimo = 20,00 n. DSC = 45 FTE ^(*) = 2102
Incarichi dirigenziali di Struttura Complessa	<i>Numeratore</i> Numero di posizioni di DSC ad interim o con facente funzioni <i>Denominatore</i> Numero totale delle posizioni di DSC	Frazione	4/62 = 6,5% (Una posizione di DSC vacante)
Attività Libero Professionale Intramoenia (ALPI)	Verifica dell'autorizzazione all'esercizio dell'ALPI	Valore assoluto	64
Attività Libero Professionale Intramoenia (ALPI)	Verifica dei volumi di attività previsti dall'autorizzazione all'esercizio dell'ALPI	Valore assoluto	Non pervenuto

(*) FTE = Full Time Equivalent

Gli indicatori sopra riportati saranno oggetto di monitoraggio e approfondimento conoscitivo nel corso del 2017. Si evidenzia la presenza di tre unità operative affidate a un Direttore Facente Funzioni e una unità operativa il cui posto di Direttore è attualmente vacante. Si tratta del Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale (SITRA) il cui Direttore è stato oggetto di provvedimenti restrittivi da parte dell'Autorità Giudiziaria.

Per quanto riguarda il settore ALPI, si evidenzia che sul totale di 437 dirigenti, risultano agli atti soltanto 64 autorizzazioni effettuate dalle Direzioni mediche come previsto dalla normativa interna. Si evidenzia inoltre che la maggior parte di tali autorizzazioni non è stata aggiornata annualmente e che in alcuni casi le informazioni fornite dai richiedenti sono lacunose e incomplete. Si evidenzia inoltre la presenza di modulistica non omogenea e non del tutto idonea allo scopo specifico riguardante l'autorizzazione all'ALPI.

Per quanto riguarda infine la verifica dei volumi di attività previsti dall'autorizzazione all'esercizio dell'ALPI, si è potuto constatare che non è stato posto in essere un sistema di controllo sistematico adeguato alla prevenzione di comportamenti illeciti rispetto alla normativa aziendale interna, nonché al Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori (CCNL).

Internal Auditing

Con Deliberazione n. 111 del 17 febbraio 2016 il RAT è stato incaricato di svolgere una attività di audit straordinario riguardante il Servizio Odontoiatrico Aziendale, in conseguenza delle indagini giudiziarie che si sono appalesate all'inizio dell'anno e che hanno comportato provvedimenti restrittivi a carico di alcuni dipendenti dell'azienda, sia sanitari sia amministrativi, oltre che del titolare della società aggiudicataria del contratto di service. Tale attività è stata svolta unitamente al DSC Controllo di Gestione, Dott. Mario Dell'Oca, anch'egli nominato nella stessa Delibera. Nello svolgimento delle attività suddette, il RAT e il Dott. Dell'Oca si sono avvalsi della collaborazione della Dott.sa Maria Rosa Finanzon, nel frattempo nominata Responsabile del Team Internal Auditing con Deliberazione n. 255 del 30 marzo 2016, nella quale, fra l'altro, lo scrivente RAT è stato nominato membro del Team aziendale di Internal Auditing.

L'attività di Internal Auditing riguardante il settore odontoiatrico è stata particolarmente complessa e ha assorbito molte risorse in termini di tempo. Sono stati oggetto di indagine sia gli aspetti amministrativi che quelli sanitari inerenti l'organizzazione del servizio odontoiatrico nonché i rapporti fra l'Azienda e il titolare del service rispetto alle norme previste dal Contratto in essere. E' stato inoltre verificato il meccanismo di controllo sia amministrativo che sanitario previsto dal Contratto, evidenziando lacune organizzative e potenziali conflitti di interesse che potrebbero aver contribuito al manifestarsi dei presunti comportamenti illeciti oggetto delle indagini giudiziarie.

A valle delle criticità riscontrate e a conclusione dell'attività di audit straordinario, sono state identificate iniziative di miglioramento che sono in parte già state formalizzate in documenti aziendali da utilizzare per il nuovo capitolato di gara. Si segnala che, nonostante il clima di tensione determinato dai provvedimenti restrittivi a carico di alcuni colleghi di lavoro, tutto il personale coinvolto ha dimostrato un buon grado di collaborazione.

Le attività sono state espletate utilizzando la metodica del sopralluogo non programmato per eseguire audit nel settore amministrativo e la metodica del sopralluogo programmato per eseguire audit presso i Centri Odontoiatrici senza interferire con l'attività clinica. Si riporta di seguito una breve sintesi di quanto svolto.

Procedura amministrativa

Sulla base dei sopralluoghi non programmati e delle interviste si è evidenziata la mancanza di una procedura specifica che descriva in modo dettagliato l'iter amministrativo fra il momento dell'accettazione del paziente e quello della corresponsione alla Ditta aggiudicataria del servizio, delle prestazioni odontoiatriche erogate. Tale carenza è testimoniata dalla scarsa consapevolezza dell'intero iter amministrativo da parte degli operatori dei diversi uffici.

In mancanza di una procedura specifica è stato adottato il *modus operandi* utilizzato per l'acquisizione di servizi gestiti direttamente dall'azienda, ovvero l'ufficio competente, verificato l'espletamento del servizio e le somme introitate (da flusso ambulatoriale e da solvenza), predispone mensilmente una bolla di servizio preliminare all'emissione della fattura da parte del fornitore (in pratica la bolla di servizio corrisponde all'ordinativo di fornitura). Tale modalità operativa si è rivelata non adeguata alla situazione del Service in questione. Infatti essa è stata implementata presupponendo l'effettuazione di adeguati controlli da parte dei DEC amministrativo e sanitario, come disposto dal Capitolato, controlli dei quali non è stato possibile verificare la presenza in forma strutturata e trasparente.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	10 di 21

Aspetti sanitari - documentali

Per meglio approfondire gli aspetti documentali si è ritenuto opportuno effettuare una serie di sopralluoghi presso alcuni Centri Odontoiatrici: Vimercate, Carate, Besana, Nova Milanese, Seregno, Muggiò, Arcore, Giussano.

Ciò ha consentito anche di acquisire una visione diretta della situazione strutturale e logistica dei Centri stessi, facendo sorgere in taluni casi perplessità su aspetti strutturali/organizzativi: ad esempio i locali per la conservazione della documentazione clinica, lo stoccaggio dei materiali, il percorso sporco - pulito, le barriere architettoniche e le garanzie della privacy.

Scopo principale dei sopralluoghi è stata la verifica della qualità documentale attuata su un campione di pratiche del 2015 realisticamente esaminabile nei tempi ristretti a disposizione, sul più ampio numero di Centri Odontoiatrici.

Per velocizzare le operazioni di verifica è stata utilizzata la checklist prevista dal Capitolato, integrata con una voce relativa alla congruenza tra quanto prescritto (su ricettario SSN o su preventivo per prestazioni in solvenza) e quanto riportato sul diario clinico. Le pratiche odontoiatriche sono state estratte dal coordinatore infermieristico con criterio casuale tra quelle con prestazioni odontoiatriche effettuate e concluse nel corso del 2015.

Whistleblowing

Nel corso del 2016 sono pervenute al RAT tre segnalazioni di presunti fatti illeciti. Si riportano brevi relazioni sui singoli casi.

Segnalazione n. 1

Modalità di trasmissione

La segnalazione è stata recapitata in forma cartacea direttamente al Direttore Generale, il quale l'ha inoltrata al Responsabile Prevenzione Corruzione.

Contenuto della segnalazione

La segnalazione riguarda presunte irregolarità da parte di un dirigente medico responsabile di unità operativa semplice dipartimentale in relazione al mancato rispetto delle liste di attesa per l'esecuzione di accertamenti diagnostici eseguiti presso la stessa unità operativa. Tale comportamento si sarebbe associato ad un clima lavorativo caratterizzato da elevata tensione e conflitti fra gli operatori.

Disamina del caso

E' stata eseguita tempestiva indagine interna con sopralluogo e interviste al segnalante. Sono inoltre state raccolte evidenze documentali a supporto della veridicità di quanto segnalato. Non sono emerse evidenze di dazione di denaro o altra utilità in favore del dirigente il cui comportamento è stato comunque inquadrato come irrispettoso del Codice di Comportamento dei dipendenti della Pubblica Amministrazione. E' stata inviata al Direttore Generale la relazione sull'indagine interna con la richiesta di avviare un procedimento disciplinare.

Provvedimenti

L'Ufficio provvedimenti disciplinari ha istruito un procedimento a carico del dirigente che si è concluso con la sanzione del rimprovero scritto.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	11 di 21

Segnalazione n. 2

Modalità di trasmissione

La segnalazione è stata trasmessa via email con lettera protocollata direttamente al Responsabile per la prevenzione della corruzione.

Contenuto della segnalazione

La segnalazione riguarda presunte irregolarità nella rendicontazione delle attività sanitarie svolte da un dirigente medico durante l'attività libero professionale intramoenia (ALPI) sulla base di una convenzione attiva fra l'ASST e uno studio privato. La segnalazione contiene evidenze documentali a supporto che sono oggetto di verifica.

Disamina del caso

Il caso è in fase di indagine interna attualmente in corso di approfondimento. Il caso si inserisce nel tema più ampio della ALPI, già oggetto di attenzione da parte di questo Ufficio e inserito nel PTPC al paragrafo 9 (Misure ulteriori). L'indagine interna procede in concomitanza con l'attività di Internal Auditing sullo stesso argomento ad opera del Team Internal Auditing di cui lo scrivente fa parte.

Segnalazione n. 3

Modalità di trasmissione

La segnalazione è stata recapitata in forma cartacea direttamente al Direttore Generale, il quale l'ha inoltrata allo scrivente Responsabile per la prevenzione della corruzione.

Contenuto della segnalazione

La segnalazione riguarda presunte irregolarità amministrative che avrebbero agevolato un candidato, relative all'indizione nel 2015 di un concorso pubblico.

Disamina del caso

E' stato interpellato sul punto sia l'attuale Direttore ad Interim della S.C. Risorse Umane che il Direttore della S.C. Risorse Umane in servizio nel 2015, ricevendo da entrambi la conferma della completa regolarità delle procedure amministrative seguite. Lo scrivente ha in ogni caso preso visione degli atti deliberativi della precedente direzione strategica evidenziando l'assenza di irregolarità amministrative.

Lo scrivente ha inoltre presenziato in qualità di osservatore allo svolgimento della prova pratica del concorso pubblico oggetto della segnalazione, che si è svolto in questo anno corrente. Durante tutte le fasi del concorso pubblico il RAT ha constatato che sia i membri della commissione d'esame che il segretario hanno tenuto un comportamento conforme a quanto previsto dal Codice di Comportamento dei dipendenti della Pubblica Amministrazione e non ha ravvisato comportamenti illeciti o sospetti per atti di favoritismo nei confronti di alcun candidato.

Concludendo, si può affermare che l'attuale situazione aziendale evidenzia un iniziale atteggiamento di fiducia da parte del personale che intende segnalare situazioni dubbie o sospette per comportamenti illeciti. Nonostante lo scarso numero delle segnalazioni ricevute, l'attività di indagine interna comporta notevole impegno di tempo e risorse.

Nella prospettiva di un auspicato incremento della consapevolezza dei dipendenti e del conseguente numero delle segnalazioni, si pone in evidenza la necessità di assegnare maggiori risorse a questo Ufficio per rispondere in modo tempestivo ed adeguato alle nuove situazioni aziendali.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	12 di 21

Formazione del personale

Le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165/ 2001 debbono programmare adeguati percorsi di formazione in tema di corruzione e trasparenza, tenendo presente una strutturazione su due livelli:

- Livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- Livello specifico, rivolto al responsabile della prevenzione, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: riguarda le politiche, i programmi, le tematiche settoriali e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

In qualità di responsabile scientifico, il RAT ha programmato un modulo formativo di quattro ore di livello generale che è stato erogato in forma di evento residenziale accreditato per il personale amministrativo, sanitario e legale. L'evento formativo è stato accreditato nell'area ECM Etico/deontologica – Legale. Il corso di formazione è stato erogato in sei edizioni per un totale di **224** partecipanti fra direttori, dirigenti, impiegati e personale del comparto. I partecipanti hanno dimostrato un buon gradimento, come evidenziato dai questionari di *customer satisfaction*. I contenuti del corso hanno ricompreso non solo la Legge 190/2012 ma anche la normativa riguardante il D.Lgs 33/2013 e il D.Lgs. 39/2013, nel frattempo pubblicati rispettivamente il 14 marzo e l'8 aprile 2013. Sono state evidenziate le ricadute organizzative in termini di riorganizzazione del sito Internet aziendale e di trasparenza dei dati amministrativi. S'intende riproporre lo stesso evento formativo per l'anno 2017, considerando che l'aggiornamento del personale sui temi in questione debba costituire un elemento di formazione permanente.

Come previsto nel PTPC 2015, è stato organizzato un modulo formativo di livello specifico rivolto ai dirigenti e ai funzionari addetti alle aree a rischio. Tale corso di formazione è stato ripetuto in quattro edizioni per un totale di **206** partecipanti fra direttori, dirigenti e impiegati delle strutture riportate in Tabella 3. S'intende sviluppare il percorso formativo di livello specifico per il personale afferente alle aree a maggior rischio con successivi eventi di formazione che saranno realizzati nel 2017.

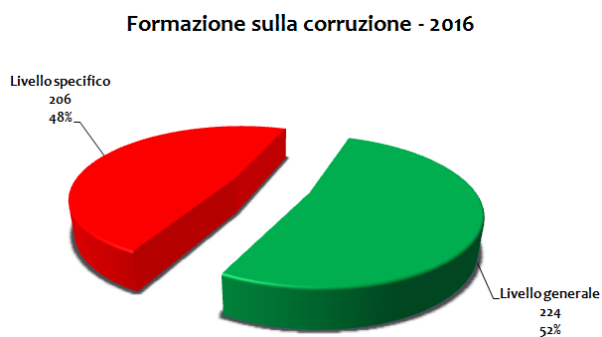


Figura 2: Partecipanti al corso generale e al corso specifico.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	13 di 21

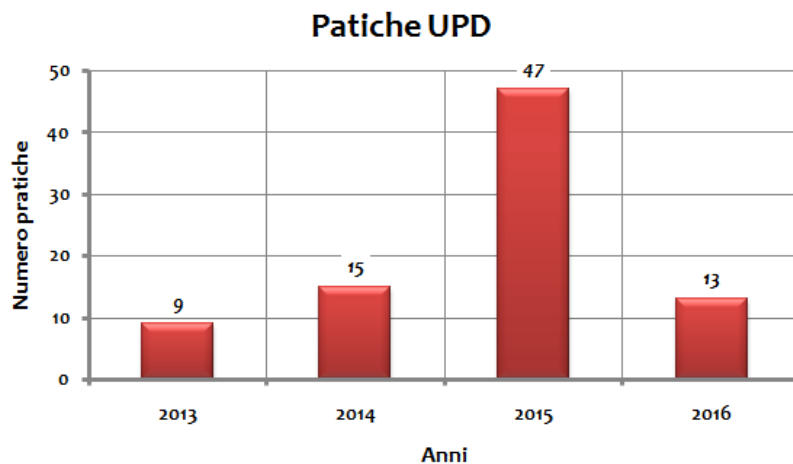
Codici di comportamento

Con la Delibera n. 57 del 22 gennaio 2014 è stato adottato il “Codice di comportamento dei dipendenti dell’Azienda di Desio e Vimercate”. Il codice aziendale recepisce il Decreto del Presidente della Repubblica del 16 aprile 2013, n. 62, il cui Codice Generale è stato integrato e adeguato per rispecchiare al meglio la realtà aziendale di un’Azienda Ospedaliera multi presidio. Il codice aziendale è stato redatto dal RAT in forma di bozza, approvata con Delibera n. 1092 del 23 dicembre 2013, successivamente pubblicata sul sito internet aziendale e aggiornata nella versione definitiva con il recepimento delle osservazioni pervenute. Si tratta di un documento aziendale dinamico, vale a dire che è soggetto a revisione e aggiornamento periodico in rapporto a nuove disposizioni di legge, nonché a suggerimenti dei dipendenti dell’Azienda. E’ fatto obbligo a chiunque spetti di osservare e di far osservare il codice aziendale.

La conoscenza e l’osservanza delle prescrizioni contenute nel documento rappresentano un requisito indispensabile all’instaurazione ed al mantenimento dei rapporti con l’Azienda e con i terzi in un contesto di assoluta trasparenza.

In presenza di anomalie e/o comportamenti incongrui ed errati, il Codice consente la proposizione di azioni correttive mirate secondo le previsioni indicate nel documento. L’Azienda si impegna ad organizzare ed a verificare il complesso delle proprie attività in modo tale che i destinatari del Codice non commettano reati o illeciti che contrastino con l’interesse pubblico mettendo in pericolo l’immagine e la credibilità dell’Azienda stessa.

Come previsto nel PTPC 2016, il RAT ha concordato con il Presidente dell’UPD il format per la trasmissione dall’UPD al UAT delle pratiche. Sono di seguito riportati i dati riguardanti le pratiche UPD 2016.



Si può notare che nel 2016 il numero delle pratiche è simile a quello del 2013 e del 2014.

Figura 3: Andamento delle pratiche UPD dal 2013 a oggi.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	14 di 21

Il grafico seguente mostra la distribuzione delle pratiche UPD per l'anno 2016 nei diversi ospedali dell'Azienda in rapporto alle differenti unità operative alle quali appartiene il personale che ha ricevuto contestazioni riguardanti il comportamento in servizio.

Pratiche UPD 2016 per unità operativa

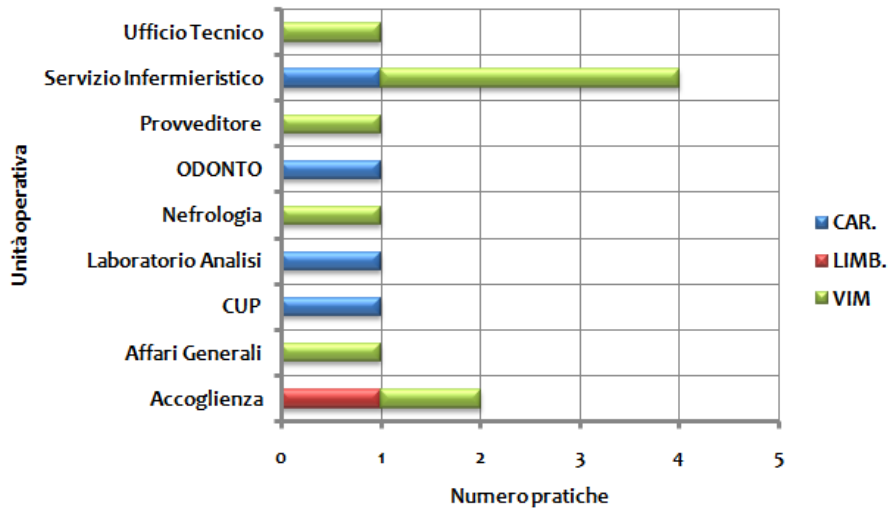


Figura 4: Ospedali e unità operative.

Nel grafico seguente è rappresentata la distribuzione fra dirigenza medica e personale del comparto rispetto alle diverse sedi dell'Azienda.

Pratiche UPD - Dirigenza e Comparto

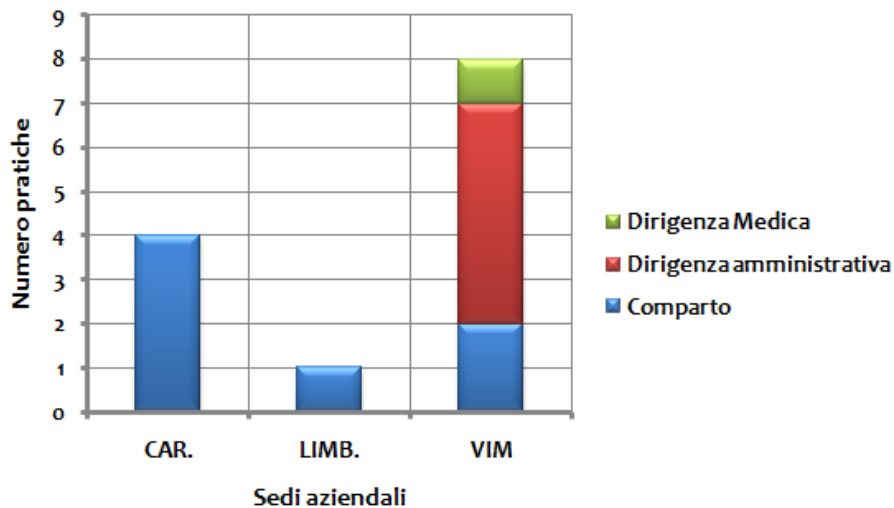


Figura 5: Sedi aziendali, dirigenza medica e comparto.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	15 di 21

Il seguente grafico illustra il tipo di comportamento contestato.

Comportamenti contestati -2016

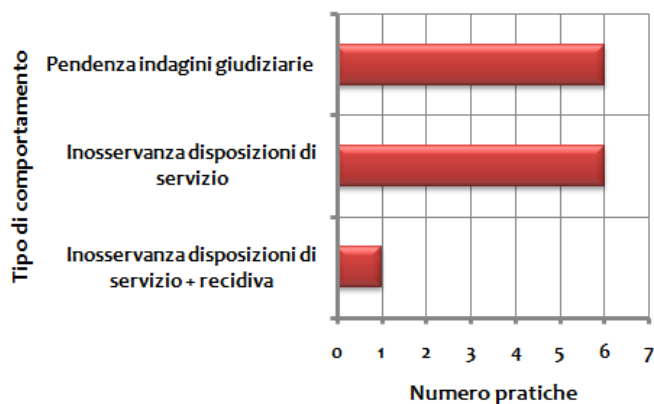


Figura 6: Tipologia di comportamenti contestati.

Il grafico seguente illustra la tipologia e il numero delle sanzioni applicate.

Tipo e numero delle sanzioni - 2016

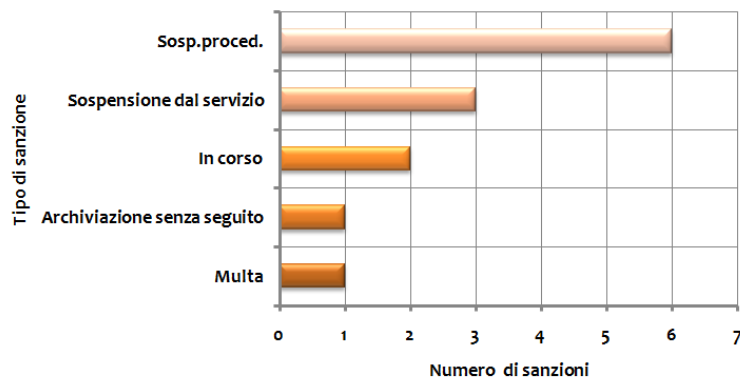


Figura 7: Tipo e numero di sanzioni

Nel corso dell'anno 2016 sono state attivate tredici pratiche disciplinari su 2102 dipendenti, pari allo 0,6% dei dipendenti. Sette pratiche su tredici, pari al 53%, sono risultate a carico del personale del comparto. In sei casi la contestazione è correlata alla pendenza di indagini giudiziarie. Due pratiche aperte nel mese di dicembre sono tuttora in corso.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	16 di 21

3 Trasparenza e Integrità

In seguito all'entrata in vigore del D.Lgs. n. 33/2013 e in ottemperanza a quanto previsto dalla bozza di Delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione del 29 maggio 2013, successivamente trasformata nella Delibera n. 50/2013 riguardante le "Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016", la Direzione Strategica aziendale ha adottato il "Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016-2018"(PTTI), con atto deliberativo n. 56 del 1 febbraio 2016.

Procedura aperta

Il documento è stato redatto in conformità a quanto previsto dalla Delibera ANAC sopra citata ivi compreso il coinvolgimento sia degli stakeholder interni all'Azienda che di quelli esterni.

In coerenza con la mission aziendale, sono stati identificati gli stakeholder esterni nelle principali associazioni di pazienti che operano nei diversi ospedali che compongono l'Azienda stessa (circa 28 associazioni). Il Programma triennale per la trasparenza è stato presentato in una audizione pubblica che si è tenuta il 26 gennaio 2016 presso l'Auditorium dell'Ospedale Civile di Vimercate. I rappresentanti delle Associazioni che hanno partecipato alla riunione hanno dimostrato interesse per l'argomento e per le relative implicazioni che li riguardano direttamente.

Gli stakeholder interni, identificati nei Direttori delle strutture a maggior rischio di corruzione, riportate nella Tabella 3 di cui sopra, sono stati coinvolti direttamente attraverso la convocazione della prima riunione del TAT.

Accesso Civico

In ottemperanza a quanto previsto dagli articoli 5 e 43 del D. Lgs. N. 33/2013, l'Azienda ha organizzato la procedura di accesso civico come segue:

- attivazione di una casella di posta elettronica certificata: accesso.civico@pec.asst-vimercate.it
- creazione di un data base per la gestione delle pratiche di accesso civico.

La procedura di accesso civico è semplificata nel seguente diagramma di flusso e le istruzioni per il suo utilizzo da parte dei cittadini sono pubblicate sul sito Internet aziendale nella sotto sezione "Altri contenuti", della sezione "Amministrazione Trasparente". L'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza tiene traccia di tutte le comunicazioni relative alla gestione delle richieste di accesso civico e conserva agli atti i documenti in formato digitale aperto (PDF). Nel corso del 2016 sono pervenute al RAT 3 richieste di accesso civico, tutte non pertinenti (richieste di cartelle cliniche). Al momento della pubblicazione di questo documento non vi sono pratiche aperte di accesso civico.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	17 di 21

Processo di attuazione del Programma Trasparenza

Sulla base di quanto previsto dal D. Lgs. N. 33/2013 e dalla Delibera CIVIT del 29.05.2013, successivamente trasformata nella Delibera n. 50 del 4 luglio 2013, è stata definita la tipologia dei documenti da pubblicare unitamente al nome del responsabile della loro pubblicazione e ai tempi previsti per aggiornare il sistema delle pubblicazioni. Infatti, in considerazione del discreto impatto organizzativo conseguente all'applicazione della norma e tenendo presente la disponibilità delle risorse in essere, è stato stabilito un crono-programma condiviso per la pubblicazione dei documenti in tutte le sezioni e sottosezioni indicate dalla normativa. I grafici che seguono si riferiscono a 72 documenti pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" durante l'anno in corso. Oltre a tali documenti, alla data di redazione della presente relazione, sono state pubblicate 1096 Delibere della Direzione Strategica.

Andamento mensile delle pubblicazioni

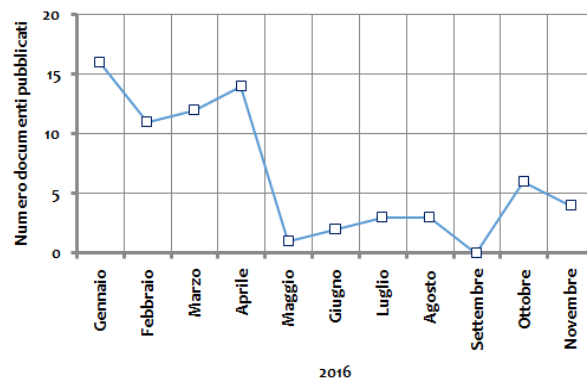


Figura 8: Andamento mensile delle pubblicazioni

Trasparenza - Tipo pubblicazioni

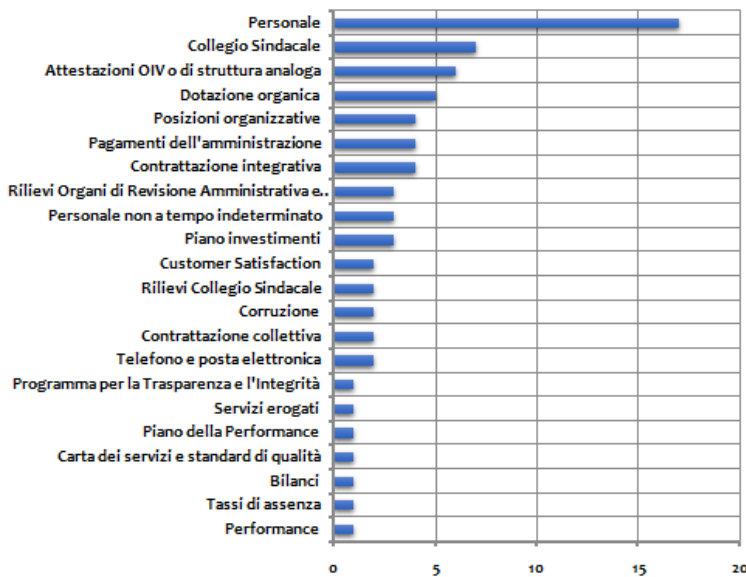


Figura 9: Tipologia delle pubblicazioni

La Figura 9 mostra il numero delle pubblicazioni inserite nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale durante l'anno in corso, raggruppate per tipologia.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	18 di 21

**Accessi Internet per macrofamiglia
 Sezione 1**

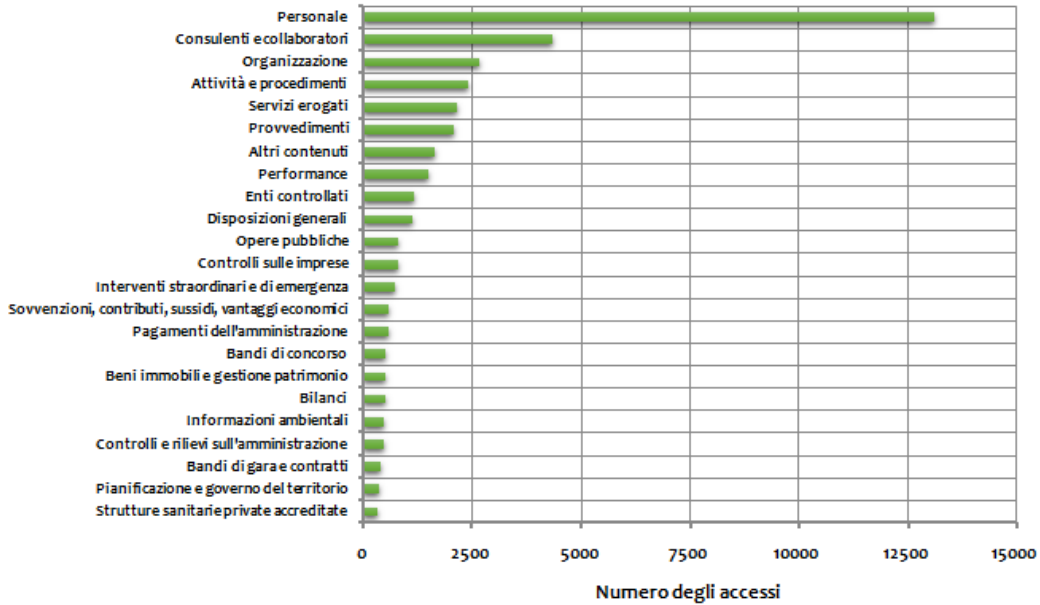
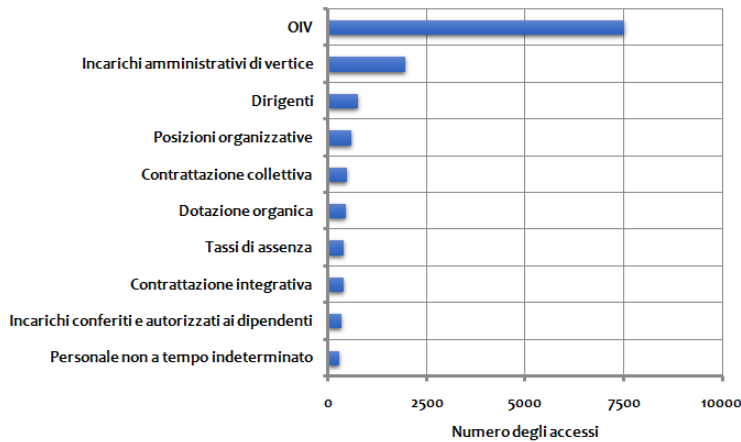


Figura 10: Numero degli accessi Internet per sottosezioni di livello 1 (Macrofamiglie)

La Figura 10 mostra il numero degli accessi Internet raggruppati per sottosezioni di livello 1 (Macrofamiglie di documenti).

Accessi Internet alla Sottosezione "Personale"



Nel corso del 2016 sono stati registrati 39288 accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente" con la distribuzione illustrata nella Figura 10. Come si può notare, 13120 accessi (pari a circa il 33% del totale) ha riguardato la sottosezione del "Personale". Il grafico a fianco illustra la distribuzione degli accessi nelle sottosezioni di livello 2 dedicate al "Personale".

Figura 11: Numero degli accessi Internet per "Personale"

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	19 di 21

Piano della Performance

La performance è un concetto che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Il Piano della Performance e la Relazione sulla Performance costituiscono documenti di valore strategico per la comunicazione, sia esterna che interna, finalizzata alla chiara condivisione degli obiettivi strategici e dei risultati ottenuti nonché dei criteri di valutazione del personale nell'ottica di sviluppare e migliorare il benessere organizzativo e la fiducia degli utenti.

Nel rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti in materia, sono stati definiti i punti fondamentali in grado di garantire il livello minimo di informazione per quanto riguarda la trasparenza, la valutazione e il merito. Sentiti sia il Direttore della SC Controllo di Gestione che il Direttore della SC Risorse Umane, sono stati definiti i livelli che si ritiene opportuno pubblicare e quelli facoltativi, secondo il modello rappresentato nel grafico seguente.

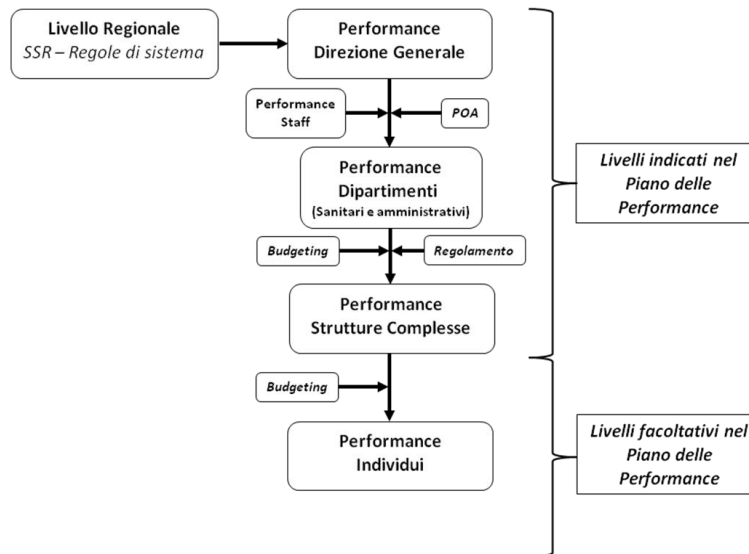


Figura 12: Rappresentazione grafica del modello per la valutazione delle performance

Analogamente a quanto accaduto nel 2015, la relazione sulle performance relativa all'anno 2015 contiene significativi incrementi del livello di trasparenza rispetto alle relazioni degli anni precedenti. In particolare sono evidenziati gli obiettivi di budget e il grado di raggiungimento da parte di ogni singola struttura.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	20 di 21

OIV – Organismo Indipendente di Valutazione

Con riferimento agli obblighi certificativi richiesti dall'ANAC agli OIV, in data 8 marzo 2016 l'OIV dell'Azienda ha attestato il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla corrente normativa ed in particolare:

"La veridicità e l'attendibilità, alla data dell'attestazione, di quanto riportato nell'Allegato 1 – Griglia di rilevazione, rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'amministrazione/società/ente".

4 Note finali

Recapiti del RAT

Indirizzo postale: Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Vimercate - Direzione Generale
Struttura Complessa Qualità e Risk Management
Via Santi Cosma e Damiano, 10 – 20871 Vimercate (MI)

Telefono: 039.6654618 ufficio

Telefono: 039.6654088 - 4382 segreteria

Fax: 039.6654629

Tel. mobile : 334.6470270

Sito internet: www.asst-vimercate.it

E-mail aziendale: anticorruzione.trasparenza@asst-vimercate.it

E-mail risk manager: roberto.agosti@asst-vimercate.it

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione
Dott. Roberto Agosti

Data redazione	Redatto da	Revisione	Pagina
12/12/2016	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	00	21 di 21