

Azienda Speciale per Servizi di assistenza Socio-Sanitaria di Gallarate

3SG

**Piano Triennale di Prevenzione della
Corruzione**

e

per la Trasparenza

(P.T.P.C.T.)

(Legge 06.11.2012, n. 190)

Triennio 2026 - 2028

RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE:

Dott.ssa Michela Tedesco - michelatedesco@3sg.it

Allegato n. 12 al Modello organizzativo di Gestione e Controllo approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 28 settembre 2023.

Indice- Sommario

SEZIONE I: PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA SPECIALE 3SG E DEL PTPCT	5
Premessa.....	5
1. ORGANIZZAZIONE E FUNZIONI DELL'AZIENDA SPECIALE 3SG	5
1.1 Struttura ed attività.....	5
1.2 Governance	6
1.3 Organigramma.....	7
2 IL PIANO TRIENNALE ANTICORRUZIONE.....	7
2.1 L'adeguamento dell'Azienda Speciale 3SG alle previsioni della legge 6 novembre 2012 n. 190 e del D.lgs. 14 marzo 2013 n. 33.....	7
2.2. Il processo di elaborazione del PTPCT	7
2.3 Oggetto Del Piano	8
2.4 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.....	9
2.5 Funzioni e poteri del Responsabile della Prevenzione della Corruzione.....	10
2.6 Tutela RPCT per provvedimenti discriminatori svolti nei suoi confronti per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione.....	11
2.7 Trasparenza e nuova disciplina della tutela dei dati personali (Reg. UE 2016/679 Dlgs. N. 101/2018).....	12
2.8 Procedure per la redazione e approvazione del Piano Triennale.....	12
SEZIONE II: ANALISI DEL RISCHIO CORRUTTIVO E PROTOCOLLI DI PREVENZIONE	14
3 ANALISI DEI RISCHIO CORRUTTIVO	14
3.1 Metodologia per l'analisi e valutazione del rischio.....	14
3.2 Analisi del contesto esterno.....	17
3.3 Analisi del Contesto Interno.....	20
3.4 monitoraggio sull'attuazione delle misure	25
3.5 consultazione e comunicazione	26
4. MISURE DI PREVENZIONE GENERALI.....	26
4.1 principi generali per la gestione del rischio	26
a) La gestione del rischio crea e protegge il valore	26
b) La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione	26
c) La gestione del rischio è parte del processo decisionale.....	26
d) La gestione del rischio tratta esplicitamente l'incertezza	27
e) La gestione del rischio è sistematica, strutturata e tempestiva.....	27
f) La gestione del rischio si basa sulle migliori informazioni disponibili	27
g) La gestione del rischio è "su misura"	27
h) La gestione del rischio tiene conto dei fattori umani e culturali.....	27
i) La gestione del rischio è trasparente e inclusiva	27
j) La gestione del rischio è dinamica.....	27
k) La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione.....	27

4.2	Formazione del personale impiegato nei settori a rischio	28
4.3	Rotazione del personale impegnato nei settori a rischio	28
4.3.1	rotazione straordinaria	29
A)	i reati presupposti:	29
B)	le amministrazioni obbligate:	30
C)	le conseguenze della rotazione straordinaria:	30
4.4	Patti d'integrità	30
4.5	Codice etico	32
4.6	<i>Pantouflage</i>	32
4.7	Procedura dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi	33
4.8	Procedura per l'adesione di 3sg alle centrali di committenza per acquisizione di forniture, servizi e lavori per importi superiori alla soglia comunitaria	34
4.9	Misure residuali per acquisizioni di forniture, servizi e lavori per importi al di sotto della c.d. "soglia comunitaria"	36
4.10	Procedura per la gestione delle segnalazioni <i>whistleblowing</i>	37
5	MISURE DI PREVENZIONE SPECIFICHE	40
5.1	Liste d'attesa	40
5.2	Tutela giuridica dei soggetti fragili	40
	SEZIONE IV: TRASPARENZA	42
6.	1 Fasi di gestione della trasparenza	42
6.2	Disposizioni in materia di protezione dei dati personali	43
6.3	L'Accesso Civico	43
6.4	Elenco obblighi di pubblicazione	45

ALLEGATO "1":

Metodologia di analisi del rischio corruttivo: Tabella riassuntiva dei criteri di calcolo dell'indice di priorità del rischio

ALLEGATO "2"

Tabella "*Risk Assesment*";

ALLEGATO "3"

Registro del rischio – elenco esemplificativo dei rischi potenziali

ALLEGATO "4"

Organigramma Azienda speciale

ALLEGATO “5”

Tabella con *check list* aggiornate

ALLEGATO “6”

Modulo per la segnalazione all’ANAC di eventuali violazioni delle norme sugli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. n. 33/2013

ALLEGATO “7”

Modello per la segnalazione di condotte illecite *ex* L. 24/2023 (*whistleblowing*)

ALLEGATO “8”

Schema “Patti d’integrità”

ALLEGATO “9”

Modulo accesso civico

SEZIONE I: PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA SPECIALE 3SG E DEL PTPCT

Premessa

Il presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (nel prosieguo, anche "PTPCT") si colloca in un solco di sostanziale continuità con i precedenti. In virtù di prassi operativa consolidata, si precisa che alla redazione del Piano per il triennio 2026 - 2028 ha partecipato attivamente tutta la struttura organizzativa dell'Azienda Speciale 3SG, ivi compresi dipendenti e/o collaboratori e dirigenti, ognuno per la rispettiva area di competenza.

Ai fini dell'elaborazione del Piano e della strategia finalizzata alla prevenzione della corruzione, l'Azienda ha tenuto conto di 4 fattori che influenzano le scelte dell'ente:

La *mission* dell'Azienda, in qualità di Ente strumentale dell'Amministrazione Comunale;

La struttura organizzativa e l'articolazione funzionale dell'Ente stesso;

La metodologia utilizzata nello svolgimento del processo di gestione e governo del rischio;

Le modalità di effettuazione del monitoraggio e conseguente adozione di eventuali misure rimediali.

Infine, si evidenzia che il Piano è corredato da una serie di allegati volti ad illustrare dettagliatamente la realtà organizzativa dell'Azienda, gli esiti dell'attività di individuazione e studio dei processi sensibili al rischio corruttivo, nonché le misure atte al monitoraggio e al governo del rischio medesimo.

1. ORGANIZZAZIONE E FUNZIONI DELL'AZIENDA SPECIALE 3SG

1.1 Struttura ed attività.

L'azienda Speciale per Servizi di assistenza Socio-Sanitaria di Gallarate 3SG (per brevità, anche "*Azienda speciale*" o "*3SG*") è un Ente strumentale del Comune di Gallarate, a carattere imprenditoriale, dotato di personalità giuridica senza fini di lucro, per l'esercizio di servizi di assistenza socio-sanitaria prevalentemente rivolti a soggetti anziani. L'azienda ha, in particolare, per oggetto la gestione dei seguenti servizi e attività:

- la gestione di attività di ospitalità, ricovero, sociosanitarie, assistenziali sanitarie non demandate per legge esclusivamente ad altri enti, finalizzate in particolare alla tutela della salute individuale, del benessere psicofisico, nonché all'informazione, all'educazione sanitaria, all'aggiornamento professionale e alla ricerca;
- la gestione in forma diretta di servizi di natura sociale rivolti prevalentemente a favore di anziani, minori e malati terminali, mediante diverse e differenziate unità di offerta e, comunque, orientati alla tutela delle fasce sociali più deboli;
- la proposizione e attuazione di iniziative sociali finalizzate a tutelare l'integrità fisico-psichica degli anziani e a mantenerli inseriti nel tessuto sociale;
- la partecipazione alle iniziative dell'Amministrazione Comunale in ambito sanitario e sociale.

3SG si impegna a perseguire una politica che pone al centro delle attività il Cliente sia interno che esterno e tutto il personale, amministrativo e socioassistenziale, che opera in

collaborazione con la Direzione.

1.2 Governance

Organi amministrativi dell'Azienda speciale sono:

- il Consiglio di Amministrazione;
- il Presidente;
- il Direttore Generale;
- il Collegio dei Revisori Contabili.

Il **Consiglio di Amministrazione**, entro i limiti e secondo le indicazioni deliberate dal Consiglio Comunale, amministra l'Azienda ed esercita le attività di programmazione e controllo, nonché di indirizzo gestionale ed organizzativo. Il Consiglio di Amministrazione è investito di tutti i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione, esclusi quelli che la legge riserva espressamente al Comune; il Consiglio di Amministrazione nomina il Direttore Generale sentito il parere obbligatorio del Sindaco. Il Consiglio di Amministrazione è composto dal Presidente e da 4 membri.

Al Presidente spettano la rappresentanza legale ed istituzionale dell'azienda, ed il raccordo tra i Rappresentanti delle Istituzioni, il Consiglio di Amministrazione e la Direzione aziendale.

Il **Presidente** rappresenta l'Azienda nei rapporti con i terzi in generale e con le autorità locali, regionali e statali, assicura l'attuazione degli indirizzi del Consiglio Comunale. Inoltre:

- i. convoca e presiede il Consiglio di Amministrazione, stabilendone l'ordine del giorno;
- ii. sovrintende al buon funzionamento dell'Azienda e vigila sull'esecuzione delle deliberazioni del Consiglio di Amministrazione;
- iii. firma gli atti del Consiglio di Amministrazione ed esegue le deliberazioni dello stesso;
- iv. riferisce periodicamente al Sindaco sull'andamento della gestione dell'Azienda, ai sensi dello statuto societario e dello statuto comunale;
- v. promuove le iniziative volte ad assicurare l'integrazione dell'Attività dell'Azienda con le realtà sociali, economiche e culturali della comunità locale;
- vi. verifica che le iniziative di informazione e di partecipazione dell'utenza e della cittadinanza siano conformi a quanto previsto dallo statuto societario e dello statuto comunale;
- vii. adotta in caso di necessità e urgenza e sotto la propria responsabilità i provvedimenti di competenza del Consiglio di Amministrazione che devono essere sottoposti al Consiglio stesso nella sua prima adunanza per la ratifica.

Al **Direttore Generale** spettano la rappresentanza legale dell'azienda nei limiti dei poteri delegati dal Consiglio all'atto della nomina, la conduzione e la responsabilità della gestione nell'ambito delle linee generali di gestione deliberate dal Consiglio di Amministrazione. In particolare, il Direttore Generale:

- i. ha la rappresentanza legale dell'Azienda limitatamente ai poteri delegati dal Consiglio all'atto della nomina ovvero con successiva delibera;

- ii. è responsabile del raggiungimento degli obiettivi di sviluppo e funzionamento dell'Azienda posti dal Consiglio di Amministrazione;
- iii. dà adempimento alle deliberazioni del Consiglio di Amministrazione;
- iv. formula proposte per l'adozione dei provvedimenti di competenza del Consiglio di Amministrazione, partecipa alle sedute del Consiglio stesso (ma non alla fase di voto) e può richiederne la convocazione al Presidente;
- v. sottopone al Consiglio di Amministrazione lo schema del piano di programma, del bilancio pluriennale, del bilancio preventivo economico, del conto consuntivo e dei piani di lavoro per settore;
- vi. esercita ogni altro potere delegato dal Consiglio di Amministrazione.

Il controllo e la verifica economico finanziaria sono affidati ad un **Collegio di Revisori**, composto da tre membri nominati dal Consiglio Comunale con voto limitato a due nominativi.

Il Collegio dei Revisori dei conti deve accertare la regolare tenuta dei libri e delle scritture contabili, l'osservanza delle norme tributarie e fiscali, nonché attestare nelle relazioni al conto consuntivo:

- i. la corrispondenza del rendiconto alle risultanze della gestione;
- ii. la corrispondenza delle risultanze di bilancio con le scritture contabili;
- iii. la conformità delle valutazioni di bilancio, e in particolare, degli ammortamenti, degli accantonamenti e dei ratei e risconti, ai criteri di valutazione di cui agli articoli 2424 e seguenti del Codice civile, in quanto applicabili.

Per il rispetto delle normative tecniche di settore, l'Azienda è soggetta a certificazione da parte di ente esterno.

1.3 Organigramma

Alla data di approvazione del presente Piano, la struttura organizzativa di 3SG risulta attualmente articolata come rappresentato dall'organigramma allegato al numero "4".

2 IL PIANO TRIENNALE ANTICORRUZIONE

2.1 L'adeguamento dell'Azienda Speciale 3SG alle previsioni della legge 6 novembre 2012 n. 190 e del D.lgs. 14 marzo 2013 n. 33

La suddetta pianificazione è stata elaborata nel rispetto del dettato della legge 6 novembre 2012 n. 190 e del D.lgs. 14 marzo 2013 n. 33 e successive modifiche e integrazioni, sulla scorta delle determinazioni e delle Linee Guida emanate da A.N.A.C.

Essa è frutto dell'analisi della struttura organizzativa e del sistema di controlli interni, effettuata dal Responsabile per verificarne l'adeguatezza ai fini della prevenzione della corruzione e della trasparenza e integrità dell'azione amministrativa in tutte le sue articolazioni.

2.2. Il processo di elaborazione del PTPCT

L'attività di aggiornamento della mappatura dei processi sensibili, nell'ambito delle aree di attività soggette a rischio corruttivo, nonché delle misure a presidio e governo del predetto

rischio, ha coinvolto tutti i Responsabili di Funzione appartenenti al contesto organizzativo – gestionale dell’Azienda Speciale e tiene conto delle eventuali modifiche degli assetti organizzativi intervenuti nell’annualità di riferimento, sulla scorta dei lavori finalizzati all’implementazione e all’aggiornamento del Modello Organizzativo di Gestione e Controllo, adottato dalla “3SG”, di cui il presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza costituisce parte integrante e inscindibile.

Il coinvolgimento di tutte le Funzioni aziendali si è reso necessario sia per la progettazione dei protocolli preventivi generali, sia per la progettazione di procedure e protocolli specifici. Infine, si evidenzia che gli attori principali della strategia di prevenzione alla corruzione cui il Consiglio di Amministrazione intende dare atto nel corso del triennio 2026-2028 debbono individuarsi in tutti i dipendenti e collaboratori, a qualsivoglia titolo coinvolti nella realtà imprenditoriale di 3SG, chiamati, in varie fasi, a partecipare all’attività di redazione del Piano Triennale ovvero all’attività di aggiornamento, coadiuvando il Responsabile di riferimento, essendo tenuti anch’essi a perseguire gli obiettivi di trasparenza e prevenzione del rischio corruttivo in maniera costante e continuativa, nell’espletamento delle mansioni cui sono deputati.

2.3 Oggetto Del Piano

1. Il Piano Triennale dà attuazione alle disposizioni di cui alla Legge n. 190 del 6 novembre 2012, mediante l'individuazione di misure finalizzate a prevenire il rischio di corruzione nell'ambito dell'attività dell’Azienda speciale.
2. Il piano realizza tale finalità attraverso:
 - a) l'individuazione delle attività dell'Azienda speciale nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
 - b) la previsione, per le attività individuate ai sensi della *lett. a)*, di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
 - c) la previsione di obblighi di comunicazione nei confronti del Responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento del piano;
 - d) l’indicazione di una casella *e-mail* che garantisca l’anonimato del segnalante;
 - e) il monitoraggio dei procedimenti in corso, con particolare riferimento al rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti per la loro conclusione;
 - f) il monitoraggio dei rapporti tra l’Azienda speciale e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali situazioni di conflitto d’interesse e relazioni di parentela o affinità sussistenti tra titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti;
 - g) l'individuazione di specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.
3. Destinatari del piano, ovvero i soggetti chiamati a darvi attuazione e che concorrono alla prevenzione della corruzione, mediante compiti e funzioni indicati nella legge e nel Piano Nazionale Anticorruzione, sono:
 - a) il Consiglio di Amministrazione;
 - b) il Presidente;

- c) il Direttore Generale;
- d) il Collegio dei Revisori Contabili;
- e) il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- f) i dipendenti dell'Azienda speciale;
- g) i collaboratori e consulenti a qualsiasi titolo dell'Azienda speciale.

2.4 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

1. Il Responsabile della prevenzione della corruzione è nominato dal Consiglio di Amministrazione.
2. Il Responsabile esercita i compiti attribuitigli dalla legge e dal presente piano, in particolare:
 - a) verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità e ne propone la modifica ove vengano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti rilevanti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda speciale;
 - b) elabora i successivi aggiornamenti da sottoporre all'organo di indirizzo politico ai fini della sua approvazione, secondo le procedure stabilite dal presente Piano;
 - c) predispone entro il 31 gennaio, sulla scorta delle comunicazioni dei referenti Responsabili di settore di cui al successivo art. 11, l'elenco del personale da inserire nel programma di formazione con riferimento alle materie inerenti alle attività a rischio di corruzione;
3. Il Responsabile si avvale di una struttura composta dai referenti dell'Azienda speciale, scelti secondo quanto indicato al successivo punto, con funzioni di supporto, alle quali può attribuire responsabilità procedurali in relazione agli adempimenti relativi al presente Piano.
4. Il Responsabile nomina ogni anno, entro 20 giorni dall'approvazione del piano, un referente per ciascun settore in cui si articola l'organizzazione dell'Azienda speciale.
 I referenti curano la tempestiva comunicazione delle informazioni al Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e attività dell'Azienda speciale e curano altresì il costante monitoraggio sull'attività svolta dai dipendenti assegnati agli uffici di riferimento, anche in relazione all'obbligo di rotazione del personale, secondo quanto stabilito nel piano anticorruzione dell'Azienda speciale. I referenti coincidono, di norma, con i dirigenti o i quadri.
5. Il Responsabile è, inoltre, incaricato di garantire il diritto di accesso civico come regolato dall'art. 5 del D.lgs. n. 33 del 2013, modificato dall'art. 6 comma n. 1 del D.lgs. n. 97 del 25 maggio 2016. La norma prevede il diritto dei cittadini di ottenere l'accesso alle informazioni interne ad una Pubblica Amministrazione avanzando istanza nei confronti del Responsabile per quei dati la cui pubblicazione sia obbligatoria ai sensi del D.lgs. n. 33 del 2013, nonché il diritto di accedere ad ulteriore documentazione in possesso della Pubblica Amministrazione, la cui pubblicazione non sia obbligatoria, il tutto nel rispetto dei limiti di tutela di interessi giuridicamente rilevanti facenti capo a tutte le parti in gioco, nonché nel rispetto della disciplina delineata dal GDPR e D.lgs. n. 196/2003 e s.m.i., in ambito protezione dei dati personali.

6. Il Responsabile Anticorruzione può, altresì, chiedere ai responsabili degli uffici lo stato dei procedimenti aperti a seguito delle istanze di accesso civico depositate dai richiedenti per gli ambiti rientranti nella loro responsabilità.
7. Il Responsabile può anche ricevere dal richiedente un'istanza di riesame nel caso in cui il responsabile di un ufficio abbia negato, totalmente o parzialmente, l'accesso civico al soggetto interessato. In questi casi il Responsabile è tenuto a fornire una risposta entro 20 giorni dal deposito dell'istanza di riesame.
8. Come previsto dalle Linee Guida adottate da A.N.A.C. di intesa con il Garante per la Protezione dei Dati Personali, con la delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione predispone, altresì, il registro delle istanze di accesso civico finalizzato a controllare il numero delle richieste inoltrate, il tempo di giacenza del procedimento e, da ultimo, la tipologia dei dati e delle informazioni richieste.
Si precisa che non rientrano nel novero degli atti e documenti per cui è consentito l'accesso civico le informazioni riservate inerenti allo stato di salute dei degenti e dei pazienti, sia con riguardo all'art. 22 comma n. 8 del D.lgs. n. 196 del 2003, sia per quanto concerne il disposto dell'art. 7-bis, comma n. 6 del D.lgs. n. 33 del 2013.
9. L'RPCT è stato designato "Responsabile Unico del Canale Interno per la gestione delle segnalazioni *"Whistleblowing"* ex D.lgs. n. 24/2023, di cui si dirà meglio nel prosieguo (*infra* 4.7)
10. Con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016, l'Autorità ha adottato «Prime Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016» rivolgendosi in particolare alle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 2-bis, c. 1, del d.lgs. 33/2013.
Allo scopo di verificare l'effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente, il Consiglio dell'Autorità, nell'adunanza del 21 dicembre 2016, ha deciso di richiedere agli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) di cui all'art. 44 del D.lgs. 33/2013 o, nei casi in cui la norma non preveda espressamente tali organismi in seno all'Amministrazione, a organismi con funzioni analoghe, di attestare al 31 marzo 2017 l'assolvimento di specifiche categorie di obblighi di pubblicazione (*cfr. Comunicato del Presidente del 21 dicembre 2016*).
Nel caso in cui l'ente sia privo di OIV od organismo con funzione analoghe, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza è tenuto alla compilazione della griglia di rilevazione, specificando che nell'ente è assente l'OIV od organismo con funzioni analoghe e motivandone le ragioni.
Pertanto, rientra tra i compiti del Responsabile la compilazione della griglia di rilevazione entro il termine previsto per ciascun anno e relativa pubblicazione sul sito istituzionale.

2.5 Funzioni e poteri del Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Il Responsabile della prevenzione della corruzione ha il potere di acquisire tutti i dati relativi ad atti, documenti ed attività dell'Azienda speciale, con particolare riferimento a quelle individuate a rischio di corruzione.

Le Funzioni e i Poteri del responsabile della prevenzione della corruzione possono essere

esercitati:

- 1) in forma verbale;
- 2) in forma scritta.

Nella prima ipotesi, è fatto obbligo per il Responsabile di riportare nella propria relazione l'indicazione sistematica, con sufficiente evidenza di dettaglio, dell'esercizio di tale potere verbale, nonché le circostanze di tempo e luogo in cui suddetto potere è stato esercitato.

Nella seconda ipotesi, invece, il Responsabile della prevenzione della corruzione manifesta il suo intervento:

- nella forma di **Verbale**, a seguito di intervento esperito su segnalazione o denuncia;
- nella forma della **Disposizione**, qualora debba indicare o suggerire formalmente la modifica di un atto o provvedimento, adottando o adottato, o di un tipo di comportamento che possano potenzialmente configurare ipotesi di corruzione, di illegalità in genere ovvero anche solo di violazione delle disposizioni contenute nel presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza;
- nella forma dell'**Ordine**, qualora debba intimare la rimozione di un atto o di un provvedimento o debba intimare l'eliminazione di un comportamento che si ponga in violazione delle disposizioni del presente Piano Triennale ovvero che possa potenzialmente integrare un atto corruttivo o imporsi come condotta prodromica e preordinata ad un atto corruttivo.
- nella forma della **Denuncia**, circostanziata, da trasmettere all'Autorità Giudiziaria qualora ravvisi comportamenti e/o atti corruttivi ovvero che possano integrare condotte penalmente rilevanti in genere.

2.6 Tutela RPCT per provvedimenti discriminatori svolti nei suoi confronti per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione

Vista la Delibera n.657 del 18/07/2018 recante il "regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione" si elencano i punti chiave:

- 2.6.1 il procedimento di revoca dell'incarico amministrativo di vertice o dirigenziale conferito al soggetto cui sono state affidate le funzioni di responsabile anticorruzione, deve essere motivato e comunicato all'Autorità Nazionale anticorruzione che, entro trenta giorni, può formulare una richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte in materia di prevenzione della corruzione;
- 2.6.2 anche eventuali misure discriminatorie, dirette o indirette, nei confronti dell'RPCT per motivi collegati, direttamente o indirettamente allo svolgimento delle sue funzioni devono essere segnalate all'Autorità nazionale anticorruzione;
- 2.6.3 dato che il termine di trenta giorni non consente di poter instaurare un contraddittorio con le parti, al fine di consentire ad ANAC di disporre degli elementi necessari per una valutazione completa è fondamentale acquisire osservazioni e atti prodotti dall'RPCT nel procedimento di revoca dell'Amministrazione, qualora non li

ricevesse può richiederne la comunicazione con conseguente sospensione del termine di trenta giorni e applicazione dal ricevimento degli stessi;

2.6.4 qualora l'ufficio competente rilevi una correlazione tra la revoca e l'attività svolta dal RPCT in materia di prevenzione della corruzione, lo stesso inoltra una richiesta di riesame del provvedimento di revoca da trasmettere all'Amministrazione in questione e all'RPCT con conseguente declaratoria inefficacia del provvedimento di revoca fino alla conclusione del procedimento;

2.6.5 qualora, invece, non si rilevi una correlazione viene inoltrata una richiesta di conclusione del procedimento.

2.7 Trasparenza e nuova disciplina della tutela dei dati personali (Reg. UE 2016/679 Dlgs. N. 101/2018)

A seguito dell'entrata in vigore, il 19 settembre 2018, del D.lgs. 101 del 10/08/2018 che adegua il Codice in materia di protezione dei Dati Personali sono stati formulati quesiti all'ANAC volti a chiarire la compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. 33/2013. Il regime normativo per il trattamento dei dati personali da parte dei soggetti pubblici è rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge e/o di regolamento e finalizzato all'assolvimento di interessi pubblicistici.

Comunque, l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti nell'art.5 del Regolamento UE 2016/679, quali la liceità, correttezza, trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza e aggiornamento dei dati, limitazione della conservazione, integrità, riservatezza e responsabilizzazione del titolare del trattamento.

Relativamente alla figura del RPD (Responsabile della Protezione dei Dati), l'ANAC ritiene che qualora egli sia individuato tra i soggetti interni, tale figura non debba coincidere con il RPCT, si valuta infatti che la sovrapposizione dei due ruoli possa rischiare di compromettere lo svolgimento delle due diverse attività tenuto conto dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa attribuisce ad entrambi.

Eventuali eccezioni possono essere ammesse solo in enti di piccole dimensioni qualora la carenza di personale renda, da un punto di vista organizzativo, non possibile tenere distinte le due funzioni.

In relazione alla nomina del Responsabile Unico delle segnalazioni di violazioni si è proceduto all'attribuzione di una specifica autorizzazione al trattamento dati al RPCT, alla predisposizione della valutazione d'impatto e all'informativa *privacy*.

2.8 Procedure per la redazione e approvazione del Piano Triennale

Entro il 30 novembre di ogni anno ciascun referente, trasmette al Responsabile della

prevenzione della corruzione le proprie proposte aventi ad oggetto l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio di corruzione, indicando, altresì, le concrete misure organizzative da adottare dirette a contrastare il rischio rilevato.

Entro il 15 gennaio il Responsabile della Prevenzione della corruzione, anche sulla scorta delle indicazioni raccolte ai sensi del precedente comma, aggiorna il Piano di prevenzione della corruzione e lo trasmette al Presidente di 3SG.

Il Consiglio di amministrazione approva il Piano entro il 31 gennaio, salvo diverso altro termine fissato dalla legge.

Il Piano, una volta approvato, è pubblicato in forma permanente sul sito internet istituzionale dell'Azienda speciale in apposita sottosezione della sezione *"Amministrazione Trasparente"*.

Il Piano può essere modificato anche in corso d'anno, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione, allorché siano state accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano rilevanti mutamenti legislativi, organizzativi o relativi all'attività dell'Azienda speciale

SEZIONE II: ANALISI DEL RISCHIO CORRUTTIVO E PROTOCOLLI DI PREVENZIONE

3 ANALISI DEI RISCHIO CORRUTTIVO

3.1 Metodologia per l'analisi e valutazione del rischio

Conformemente a quanto statuito dall'allegato 1 del PNA 2019, adottato da ANAC con Delibera n.1064 del 13/11/2019, rubricato "*Indicazioni metodologiche per la gestione di rischi corruttivi*", con la quale l'Autorità ha inteso offrire alle singole Amministrazioni un approccio più flessibile e contestualizzato nell'espletamento dell'attività di analisi dei rischi di corruzione al loro interno, l'Azienda 3SG ha convenuto, in sede di redazione del presente Piano Triennale, di ispirare l'attività di analisi dei rischi ad un approccio valutativo di tipo qualitativo.

Si evidenzia, in merito, che tale approccio di valutazione del rischio è stato confermato anche in sede di aggiornamento della norma tecnica ISO 37001:2025, per la certificazione dei sistemi di gestione per il governo del rischio corruttivo, nell'ambito della realtà organizzativa – gestionale degli enti.

La metodologia di analisi del rischio impiegata ai fini della redazione del presente Piano Triennale si fonda sull'adozione di un sistema di misurazione ispirato al modello adottato dal "*UN Global Compact*¹", con l'obiettivo di conferire agilità ed efficacia al processo di valutazione del rischio corruttivo.

Gli sforzi prodromici all'attività di valutazione del rischio si sono concentrati nell'acquisizione di conoscenza sul contesto ambientale ed operativo delle attività gestite, piuttosto che sulla meccanica applicazione di parametri e formule per il calcolo del rischio. Tale approccio ha consentito ai responsabili di acquisire adeguata consapevolezza in merito alla minaccia corruttiva e dei relativi impatti che questa può avere sull'amministrazione e, per l'effetto, sugli *stakeholders* (cittadini, utenti, operatori economici, sistema sanitario, Amministrazione comunale, territorio di riferimento nel suo complesso).

Quanto alla stima del livello di esposizione al rischio corruttivo, il coefficiente finale è calcolato come il prodotto di due distinti criteri di valutazione: la probabilità (P) e l'impatto (I).

La probabilità, intesa come concreta possibilità di verifica dell'evento corruttivo, è stata valutata tenendo in considerazione elementi tanto di natura oggettiva (ad esempio episodi di corruzione già occorsi in passato, segnalazioni pervenute all'amministrazione, notizie di stampa) che di natura soggettiva, relativamente al contesto ambientale in cui l'Azienda si trova ad operare, delle potenziali motivazioni che potrebbero spingere terzi soggetti ad attuare azioni corruttive, nonché degli strumenti a loro disposizione.

In particolare, ai fini del calcolo del coefficiente di probabilità di verifica dell'evento

¹L' "*UN Global Compact*" ha creato una *Task Force* per la valutazione del rischio corruttivo. Con il supporto di Società di riferimento a livello mondiale, tra cui la *Deloitte Touche Tohmatsu*, ha creato una guida per l'analisi dei rischi di corruzione caratterizzata da robustezza metodologica e semplicità applicativa. La metodologia è stata, inoltre, soggetta a consultazione che ha coinvolto primarie organizzazioni internazionali, tra cui l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC) e il *World Economic Forum – Partnering Against Corruption Initiative* (WEF-PACI).

corruttivo, l'Azienda ha tenuto in considerazione i seguenti parametri:

- Livello di interesse esterno (parametro soggettivo);
- Grado di discrezionalità nella decisione (parametro soggettivo);
- Frazionabilità del processo (parametro oggettivo);
- Storici eventi corruttivi (parametro oggettivo).

Il calcolo del coefficiente di probabilità è stato eseguito dal Responsabile Anticorruzione al meglio delle proprie capacità di raccolta di informazioni ed operando una conseguente e attenta valutazione di sintesi, al fine di rappresentare la probabilità di accadimento dell'evento attraverso una scala crescente su 5 valori di valutazione: molto bassa (MB), bassa (B), media (M), alta (A) e altissima (AA).

Il valore ottenuto, in termini di probabilità complessiva di accadimento (PC) dell'evento corruttivo, relativamente a ciascun processo oggetto di valutazione, costituisce la media dei singoli valori di valutazione dei parametri oggettivi e soggettivi sopra elencati, i quali si articolano, a propria volta, nella medesima scala crescente: molto bassa (MB), bassa (B), media (M), alta (A) e altissima (AA).

Per quanto concerne l'impatto (I), il relativo coefficiente è stato calcolato tenendo in considerazione le conseguenze che l'evento corruttivo produrrebbe:

- Sull'**amministrazione**, in termini di qualità e continuità dell'azione amministrativa, impatto economico, conseguenze legali, reputazione e credibilità istituzionale;
- Sugli **Stakeholders** (cittadini, utenti, imprese, mercato, Amministrazione Comunale, territorio di riferimento).

Anche in suddetto caso, l'impatto complessivo (IC) esercitato dall'evento corruttivo è rappresentato attraverso una scala crescente articolata in 5 valori di valutazione: molto basso (MB), bassa (B), media (M), alta (A) e altissima (AA) e rappresenta la media dei valori attribuiti ai due parametri sopra menzionati, sulla base della medesima scala crescente di valutazione.

Il risultato derivante dalla moltiplicazione tra coefficiente di probabilità complessiva di accadimento dell'evento corruttivo (PC) e l'impatto complessivo che l'evento corruttivo eserciterebbe sull'Azienda (IC) esprime il cosiddetto indice di priorità del rischio (IPR), relativamente ad ogni processo oggetto di valutazione. Tale indice è espresso nei seguenti valori di valutazione: trascurabile, medio - basso, rilevante, critico.

Pur consapevole del fatto che l'ANAC caldeggia l'utilizzo di una metodologia di analisi dei rischi ispirata ad un approccio di tipo valutativo - qualitativo, l'Azienda, onde conferire alla propria attività di analisi dei rischi una declinazione quanto più obiettiva possibile, ha inteso attribuire ad ogni valore di valutazione, sia per quanto concerne il coefficiente di probabilità (P), sia per quanto concerne il coefficiente di impatto (I), un punteggio numerico, secondo le proporzioni che seguono:

Molto basso (MB) = 1;

Basso (B) = 2;

Medio = 3;

Alto = 4;

Altissimo = 5.

Da ciò ne consegue che anche l'indice di priorità del rischio (IPR) sarà espresso, oltre che in termini qualitativi, anche in termini quantitativi, con attribuzione di un valore numerico.

L'oscillazione del predetto valore entro determinate soglie (per un punteggio minimo pari a 1 e per un punteggio massimo pari a 25) ne individua, per l'appunto, la priorità di trattamento, cui è attribuito, altresì, un colore di classificazione:

IPR ricompreso tra 1 e 3 = livello di rischio trascurabile;

IPR ricompreso tra 4 e 6 = livello di rischio medio - basso;

IPR ricompreso tra 8 e 12 = livello di rischio rilevante;

IPR ricompreso tra 15 e 25 = livello di rischio critico.

In via prudenziale, i coefficienti di rischio con valori decimali pari o superiori a 5 sono arrotondati per eccesso; diversamente, il valore decimale inferiore a 5 determina un arrotondamento dell'Indice di rischio per difetto.

Dal raffronto dei valori così ottenuti, relativamente ad ogni processo sensibile, si evince la necessità di dare seguito a trattamenti differenziati in termini di mitigazione del rischio corruttivo.

Per esigenze di semplicità e chiarezza, si rimanda all'allegato 1 del presente Piano recante la matrice impiegata nell'espletamento delle attività operative correlate all'analisi e valutazione del rischio corruttivo (**Cfr. All. 1 - Metodologia di analisi del rischio corruttivo: Tabella riassuntiva dei criteri di calcolo dell'indice di priorità del rischio**).

Si precisa, comunque, che la probabilità (P) e l'impatto (I) costituiscono "indicatori di sintesi", caratterizzati da flessibilità e pluralità delle fonti normative di supporto. Gli stessi assumono contenuti più o meno diversi in riferimento ai singoli eventi corruttivi, favorendo una valutazione complessiva dei dati a disposizione.

Relativamente ad ogni processo sensibile, l'Azienda riporta un giudizio sintetico atto a giustificare la valutazione effettuata, le evidenze e i dati a supporto di tale valutazione, il Responsabile del singolo processo chiamato al governo del rischio corruttivo, le misure di prevenzione del medesimo e il loro stato di attuazione.

Da ultimo, si evidenzia che, pur essendo stata sostanzialmente confermata la metodologia di analisi e valutazione del rischio corruttivo nell'ambito dei singoli processi aziendali impiegata ai fini della redazione del precedente Piano Triennale, l'Azienda ritiene opportuno, per il triennio 2026-2028, operare un'implementazione della strumentazione di analisi del rischio, anche alla luce delle indicazioni specificamente fornite dal PNA 2019. Tale documento, infatti, suggerisce alle Pubbliche Amministrazioni l'opportunità di formalizzare i cosiddetti "eventi - rischio, individuati tramite la predisposizione di

apposito “**Registro dei rischi** “ o “**Catalogo dei Rischi**”, in cui, per ogni area di attività e correlati processi a rischio, si riporta la descrizione di tutti gli eventi rischiosi che possano manifestarsi.

Il suddetto Registro dovrà recare le seguenti informazioni: elencazione di tutti i processi afferenti a ciascuna area di rischio, descrizione delle attività materiali in cui si articolano i suddetti processi , descrizione dell’evento a rischio, indicazione del livello di esposizione al rischio della singola attività, misure di prevenzione individuate dai singoli uffici, soggetto responsabile dell’attuazione delle singole misure.

Il Registro dei Rischi verrà, periodicamente, aggiornato a cura del Responsabile Anticorruzione sulla base delle informazioni pervenute dai responsabili dei singoli Uffici.

Al Responsabile Anticorruzione compete, vieppiù, la verifica circa l’adozione delle misure a presidio del rischio corruttivo da parte dei responsabili di volta in volta individuati.

Il Responsabile Anticorruzione può suggerire, altresì, ai singoli Responsabili l’adozione di misure a presidio del rischio corruttivi ulteriori a quelle già individuate, ove ne ravvisi la carenza o l’inadeguatezza/inefficacia.

3.2 Analisi del contesto esterno

Come noto, in ossequio alle più autorevoli teorie su cui si fonda la disciplina del “*Risk management*”, il processo di gestione del rischio di corruzione si suddivide in 3 “macro - fasi”:

1. Analisi del contesto (interno ed esterno);
2. Valutazione del rischio (identificazione, analisi e ponderazione del rischio);
3. Trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione).

L’analisi del contesto esterno si prefigge lo scopo di evidenziare come le caratteristiche dell’ambiente nel quale l’Azienda opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. Ciò sia in relazione al territorio di riferimento, sia a possibili relazioni con portatori di interessi esterni che possano influenzare l’attività, anche con specifico riguardo alle strutture organizzative di cui l’ente si compone. L’analisi è stata condotta sulla base delle fonti già disponibili e rilevanti (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, Relazioni al Governo e al Parlamento, Banche Dati nazionali, *etc.*) Occorre preliminarmente chiarire che l’ambito territoriale si riferisce all’intero territorio nazionale; tuttavia, in sede di valutazione di tale fattore, si è tenuto in considerazione l’ambito territoriale corrispondente all’area comunale di Gallarate e limitrofi, ove l’Azienda esercita la propria attività in qualità di ente strumentale dell’Amministrazione comunale e ove, a tal fine, intrattiene rapporti con clienti e fornitori.

I principali fattori esterni che possono influenzare il generale andamento di gestione dell’Azienda, nonché la capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati, la sua strategia e la sostenibilità delle sue operazioni e prestazioni, di cui si è tenuto prudenzialmente conto in sede di analisi dei rischi, possono essere ricondotti alle seguenti macrocategorie:

- **Fattori giuridico – regolamentari e politici**

Uno degli ambiti più critici per un'Azienda Socio – Sanitaria è proprio il contesto giuridico – regolamentare e politico in cui la stessa si inserisce, il quale ne disciplina l'esistenza stessa e ne influenza l'operatività.

In merito, si evidenzia che l'Azienda opera in un contesto di fonti normative di diversa origine (eurocomunitaria, statale, regionale e locale), spesso non coordinate tra loro, il che determina un incremento del coefficiente di complessità nell'individuare le norme applicabili, specie se si tratta di fonti normative che si collocano su diversi gradini del sistema gerarchico (legge costituzionale, legge ordinaria, atti amministrativi, regolamenti, decisioni, direttive, *etc.*).

Tale contesto giuridico – regolamentare frammentario impone all'Azienda di non escludere dal proprio ambito di applicazione attività che potrebbero determinare la violazione di obblighi di *compliance* normativa. Ciò significa che l'analisi del contesto deve prendere in considerazione tutte le leggi, i regolamenti, le autorizzazioni applicabili, come quelle in materia di accreditamento, sicurezza sul lavoro, gestione dei rifiuti e protezione dei dati.

L'organizzazione è tenuta, altresì, a monitorare pedissequamente le continue evoluzioni normative; in ambito sanitario primeggiano l'introduzione di nuove norme correlate alla gestione delle liste di attesa, all'accesso alla sanità e servizi sanitari in genere, consenso informato, all'adozione di procedure sanitarie d'emergenza in ragione di eventi epidemici e/o pandemici, alla gestione del Dossier e del Fascicolo sanitario, trattamenti sanitari obbligatori, *etc.*

- **Fattori economici**

Il contesto economico influenza direttamente la sostenibilità e le strategie dell'Azienda.

Rilevano, in particolare:

- **Risorse finanziarie:** i costanti ridimensionamenti delle risorse finanziarie, umane e strumentali delle amministrazioni, legate alle esigenze di salvaguardia dei Bilanci statali, regionali e locali, rappresentano un fattore esterno che aumenta il rischio di errori e/o inefficienze e, per l'effetto, il rischio corruttivo.
- **Pressioni di Mercato e Concorrenza:** L'Azienda considera, altresì, la propria posizione competitiva rispetto ad altre imprese, pur non esercitando attività con finalità di lucro. Un inasprimento del contesto economico, infatti, può comportare un aumento della litigiosità delle richieste di risarcimento e/o indennizzo, ulteriore rischio che deve essere gestito.
- **Pressioni finanziarie:** le pressioni di natura finanziaria possono costituire un rischio per l'imparzialità e l'indipendenza dell'organizzazione; quest'ultimo, dunque, è un aspetto cruciale da valutare, nel corso dell'attività di analisi e valutazione del rischio corruttivo.

- Fattori sociali e culturali

Questi fattori includono le aspettative della Società, i cambiamenti demografici e la cultura generale.

- **Aspettativa degli *stakeholders*:** le norme tecniche ISO pongono grande enfasi sulla comprensione delle esigenze ed aspettative degli *stakeholders*. Per un'Azienda sanitaria, questo include le aspettative dei pazienti per un'assistenza orientata alla persona (umanizzazione), ma anche quelle dei dipendenti e/o collaboratori e dei fornitori e consulenti, nonché della comunità in generale. In tal senso, l'analisi del rischio e la gestione del medesimo sono attività che prevedono il coinvolgimento di tutti i portatori di interessi, relativamente all'esercizio dell'impresa.
- **Pluralismo sociale:** il pluralismo sociale e il pluralismo istituzionale si proiettano nei procedimenti e rendono più complessa la ponderazione degli interessi, che è al cuore della discrezionalità amministrativa e gestionale.
- **Fattori umani e culturali:** i principi di gestione del rischio, come quelli professati dalla norma UNI ISO 31000, richiedono di tenere conto dei fattori umani e culturali. Tale aspetto include la percezione del rischio da parte della collettività e la cultura della sicurezza.

- Fattori tecnologici

L'Azienda sanitaria è consapevole del fatto che il progresso tecnologico è tanto una fonte di opportunità, quanto una fonte di rischio. Pertanto, nell'attività di analisi dei rischi, l'Azienda ha tenuto conto dei seguenti fattori:

- **Progresso tecnico e innovazione:** l'obbligo di ridurre i rischi al minimo deve essere valutato in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico. L'Azienda ha cura di tenersi sempre aggiornata in merito all'avvento e impiego di nuove tecnologie e nuovi concetti di qualità, specie in ambito medico – sanitario, al fine di garantire al proprio sistema di prevenzione del rischio adeguatezza ed efficacia.
- **Tecnologie specifiche di settore:** nel settore sanitario, rileva, in particolare, lo sviluppo di nuovi dispositivi medici, l'utilizzo di nuovi farmaci e/o trattamenti, i quali richiedono il ricorso a sistemi di qualità specifici e certificati, onde garantire la conformità del prodotto e del servizio offerto.
- **Sistemi informativi:** l'idoneità dei sistemi informativi a supportare nuove modalità di lavoro (esempio lavoro agile) o a tracciare le attività in maniera più efficiente è un aspetto che l'Azienda si impegna a monitorare costantemente.

- Fattori ambientali

L'ambito ambientale, seppur non tra i più pregnanti, è, comunque, rilevante per l'Azienda. Lo stesso è declinato nei seguenti fattori:

- **Impatti ambientali:** l'organizzazione determina gli aspetti ambientali delle sue attività, prodotti e servizi che può tenere sotto controllo e quelli sui quali essa può esercitare un'influenza e i loro impatti ambientali associati.
- **Condizioni ambientali operative:** l'organizzazione ha valutato i pericoli derivanti dal contesto ambientale in cui si trova ad operare. Tali valutazioni concernono, in particolare, l'adeguatezza dei locali ad ospitare i propri pazienti, più o meno fragili sotto il profilo medico – clinico, la salubrità e l'igiene degli stessi, la verifica della temperatura e del livello di umidità dell'ambiente entro livelli accettabili per le lavorazioni, operazioni e attività in genere da effettuare, inquinamento dell'aria o acustico, adeguata conservazione delle sostanze chimiche e dei farmaci e verifica in merito all'adozione di adeguati presidi che azzerino o, comunque, riducano sensibilmente, il rischio di contaminazione.
- **Rischi naturali e climatici:** tra i rischi esterni da considerare, ancorché residuali, vi sono anche quelli correlati al clima.

- **Mercato e Stakeholders**

Questo fattore è trasversale, ma merita una menzione specifica, atteso che le norme tecniche, in punto di gestione e governo del rischio, sono fortemente orientate al cliente e alle parti interessate.

Le parti interessate si identificano in:

- **Clienti e pazienti:** la soddisfazione del cliente e del paziente è l'obiettivo primario per l'Azienda. Per tale motivo, le loro esigenze e aspettative costituiscono un input fondamentale per la progettazione dei servizi, pianificazione delle attività ed erogazione dei servizi.
- **Fornitori e partners:** la catena di fornitura è parte integrante del contesto esterno, pur avendo, altresì, una dimensione interna. L'azienda, in quanto organizzazione complessa, esercita la propria attività. Per tale motivo, l'Azienda ha ritenuto indispensabile coinvolgere tali figure nell'attività di analisi dei rischi.
- **Organismi di Certificazione e Autorità:** gli enti di accreditamento, gli organismi di certificazione e le Autorità di Vigilanza sono stakeholders esterni chiave, le cui decisioni e osservazioni costituiscono un *input* per il riesame e il miglioramento del presente Piano Triennale, nonché delle procedure afferenti.

3.3 Analisi del Contesto Interno

L'Azienda dà atto che, rispetto alla valutazione dei rischi effettuata ai fini della redazione del Piano Triennale 2025 – 2027, non sono intervenuti mutamenti strutturali – organizzativi e/o gestionali significativi; ciò detto, per il triennio 2026 – 2028 si è riproposta una valutazione dei rischi relativamente ai medesimi processi aziendali.

L'Analisi dei rischi è stata condotta secondo la metodologia aggiornata di cui al punto 2.10. Ad ogni, si precisa che, in ossequio al principio di completezza, l'Azienda ha optato per “mappare” tutti i processi afferenti ai singoli Uffici interni.

Tali processi sono riconducibili ad aree di rischio generali², comuni a tutte le Pubbliche Amministrazioni, e specifiche, dipendenti dalla natura dell'attività esercitata dall'Ente.

Nel caso di specie, le Aree a rischio specifico per l'Azienda si identificano in: Attività libero – professionali e Liste d'Attesa.

Le aree di rischio individuate dall'Azienda si possono, dunque, riassumere sinteticamente nella seguente Tabella:

² L'Allegato 1 al PNA 2019 individua le seguenti aree di rischio: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario; provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario; contratti pubblici; acquisizione e gestione del personale; gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio; controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni; incarichi e nomine; affari legali e contenzioso.

Tabella 3– Elenco delle principali aree di rischio

Amministrazioni ed Enti interessati	Aree di rischio	Riferimento
Tutti	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Aree di rischio generali - Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente ad autorizzazioni e concessioni (lettera a, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Aree di rischio generali - Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (lettera c, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)	Aree di rischio generali - Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA, con particolare riferimento al paragrafo 4. Fasi delle procedure di approvvigionamento
	Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale)	Aree di rischio generali - Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA punto b, Par. 6.3, nota 10
	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)
	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA

Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale	Attività libero professionale	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016
	Liste di attesa	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA'

		(Parte generale Par. 6.3 lettera b)
	Incarichi e nomine	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)
	Affari legali e contenzioso	Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)

In attuazione del principio di flessibilità, l'Azienda, nell'individuazione dei singoli processi afferenti alle singole aree di rischio, ha adottato il più alto grado di approfondimento, in ossequio a quanto previsto dal PNA, tenendo conto, relativamente a ciascun "processo", di ogni "attività materiale" ad esso afferente, al precipuo scopo di porre in evidenza ogni possibile ambito entro il quale possa annidarsi il rischio corruttivo, seguendo una prospettiva massimamente garantista.

Riassumendo, i singoli processi sensibili, relativamente ai quali è stata espletata l'Analisi del relativo rischio corruttivo, possono riassumersi sinteticamente come segue:

- Reclutamento di personale a tempo determinato e/o indeterminato ovvero in virtù di qualsivoglia forma contrattuale di natura subordinata comunque denominata;
- Progressione di carriera verticale e/o orizzontale;
- Valutazione del personale;
- Conferimento di incarichi esterni;
- Definizione dell'oggetto dell'Appalto;
- Requisiti di qualificazione;

- Requisiti di aggiudicazione;
- Valutazione delle offerte;
- Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte;
- Procedure negoziate;
- Affidamenti diretti;
- Revoca del Bando;
- Esercizio dello *Ius variandi* relativamente a contratti in corso d'opera;
- Gestione sub – appalti;
- Affidamento incarichi professionali;
- Affidamento incarichi legali;
- Autorizzazioni al personale;
- Concessioni in uso;
- Atti di gestione del patrimonio immobiliare;
- Ricorso a meccanismi di risoluzioni delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali;
- Verifica morosità;
- Erogazione di risarcimenti, rimborsi e indennizzi;
- Approvazione stato avanzamento lavori;
- Liquidazione e pagamento fatture;
- Procedure di collaudo dei servizi e/o beni forniti;
- Procedimenti disciplinari;
- Gestione cassa economale;
- Approvazione progetto;
- Gestione protocollo, archivio e delibere;
- Contratti pubblici;

- Predisposizione dei bilanci, delle relazioni o delle altre comunicazioni sociali previste dalla legge, dirette al comune o al pubblico;
- Gestione delle Ispezioni, Verifiche e/o Accessi in loco da parte della competente Autorità;
- Tutela Giuridica e gestione dell'amministrato, sia sotto il profilo patrimoniale, sia per quanto concerne la tutela di interessi sociali e sanitari;
- Compilazione e gestione delle Liste di attesa;
- Rapporti contrattuali con i privati accreditati;
- Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento.

Per ogni singolo processo, segue un giudizio sintetico circa il funzionamento del medesimo e il grado di sensibilità ed esposizione al rischio corruttivo.

Da ultimo, relativamente ad ogni processo per cui è stato calcolato l'Indice di Priorità del rischio corruttivo (IPR), sulla base dei criteri di calcolo e valutazione sopra menzionati, come sopra anticipato, sono stati esplicitati i dati e le evidenze a disposizione dell'Azienda, sui quali l'Ente ha fondato la propria determinazione, nonché il Responsabile interno di riferimento, le misure di prevenzione del rischio e il loro stato di attuazione.

Tutto ciò doverosamente premesso, l'Analisi dei Rischi effettuata dall'Azienda si è tradotta nella Tabella di "*Risk Assessment*", allegata al presente Piano e parte integrante inscindibile del medesimo (Cfr. All. 2).

Il primo foglio della Tabella in formato *excel* reca l'indice di priorità del rischio relativamente ad ogni processo sensibile, determinato secondo la metodologia sopra explicata.

Il secondo foglio, invece, reca, relativamente ad ogni macroarea di attività, l'Indice di Priorità del Rischio massimo, onde conferire all'Azienda una visione di insieme in merito alla necessità di mitigazione e priorità di trattamento del rischio corruttivo in seno alla propria organizzazione.

3.4 monitoraggio sull'attuazione delle misure

I processi, come anticipato, sono stati accorpati in macrocategorie per le quali sono state create delle *check-list* che ciascun referente di area avrà cura di compilare semestralmente e conservare agli atti, tale documentazione verrà poi rivista in sede di relazione annuale dei referenti area da prodursi entro il 30 di novembre di ciascun anno.

Le *check-list* sono parte integrante di tale PTPC all'allegato 5.

Un supporto al monitoraggio può derivare dall'utilizzo della Piattaforma ANAC di acquisizione e monitoraggio dei PTPC inserita nel 2019, infatti è stata concepita non solo come sistema di acquisizione dei dati e informazioni connessi alla programmazione del PTPC ma anche come supporto per l'amministrazione al fine di avere maggiore

consapevolezza dei requisiti per la compilazione del PTPC, essa si compone, infatti, oltre che da una sezione dedicata all'anagrafica anche da un questionario relativo al proprio PTPC, alle relative misure di prevenzione della corruzione e al monitoraggio delle stesse.

3SG ha aderito a tale attività accreditando l'RPCT e compilando tutte le sezioni previste.

Infine, il riesame periodico sia sull'attuazione delle misure di gestione del rischio che sulla loro idoneità viene effettuato anche mediante il confronto con altri organi quali ODV, organismi di vigilanza (ATS) e verifica periodica certificazione qualità.

3.5 consultazione e comunicazione

L'ultima fase trasversale del processo di gestione del rischio consiste nel **coinvolgimento** dei soggetti interni (personale e organo politico) per reperire le informazioni necessarie e accogliere eventuali buone proposte finalizzate alla prevenzione della corruzione e la **comunicazione** delle azioni intraprese e da intraprendere e delle responsabilità di ciascuno. La comunicazione avverrà tra i dirigenti/responsabili degli uffici e l'RPCT e tra RPCT e gli altri organi dell'amministrazione (Direttore Generale/Consiglio di Amministrazione) ma risulta essere necessario coinvolgere tutta la struttura organizzativa seguendo il principio della "responsabilità diffusa" tanto nella realizzazione della mappatura dei processi quanto nella valutazione dei rischi e nel trattamento degli stessi.

4. MISURE DI PREVENZIONE GENERALI

Nella presente sezione, l'Azienda elenca tutti i principi e le misure di matrice generale atte a prevenire o, comunque, ridurre sensibilmente il rischio corruttivo.

Si precisa che suddetti principi e misure di prevenzione generali trovano applicazione relativamente ad ogni Area di Rischio e afferenti processi oggetto di valutazione.

4.1 principi generali per la gestione del rischio

1. Per far sì che la gestione del rischio sia efficace, i referenti e/o i responsabili dei procedimenti nelle istruttorie, nelle aree e nei procedimenti a rischio devono osservare i principi e le linee guida che nel piano nazionale anticorruzione sono stati desunti dalla norma internazionale UNI ISO 31000 2010, di cui alla tabella dello stesso piano nazionale, che di seguito si riportano:

a) La gestione del rischio crea e protegge il valore

La gestione del rischio contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi e al miglioramento della prestazione, per esempio in termini di salute e sicurezza delle persone, *security*, rispetto dei requisiti cogenti, consenso presso l'opinione pubblica, protezione dell'ambiente, qualità del prodotto gestione dei progetti, efficienza nelle operazioni, *governance* e reputazione.

b) La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione

La gestione del rischio non è un'attività indipendente, separata dalle attività e dai processi principali dell'organizzazione. La gestione del rischio fa parte delle responsabilità della direzione ed è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, inclusi la pianificazione strategica e tutti i processi di gestione dei progetti e del cambiamento.

c) La gestione del rischio è parte del processo decisionale

La gestione del rischio aiuta i responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala di priorità delle azioni e distinguere tra linee di azione alternative.

d) La gestione del rischio tratta esplicitamente l'incertezza

La gestione del rischio tiene conto esplicitamente dell'incertezza, della natura di tale incertezza e di come può essere affrontata.

e) La gestione del rischio è sistematica, strutturata e tempestiva

Un approccio sistematico, tempestivo e strutturato alla gestione del rischio contribuisce all'efficienza ed a risultati coerenti, confrontabili ed affidabili.

f) La gestione del rischio si basa sulle migliori informazioni disponibili

Gli elementi in ingresso al processo per gestire il rischio si basano su fonti di informazione quali dati storici, esperienza, informazioni di ritorno dai portatori d'interesse, osservazioni, previsioni e parere di specialisti. Tuttavia, i responsabili delle decisioni dovrebbero informarsi, e tenerne conto, di qualsiasi limitazione dei dati o del modello utilizzati o delle possibilità di divergenza di opinione tra gli specialisti.

g) La gestione del rischio è "su misura"

La gestione del rischio è in linea con il contesto esterno ed interno e con il profilo di rischio dell'organizzazione.

h) La gestione del rischio tiene conto dei fattori umani e culturali

Nell'ambito della gestione del rischio individua capacità, percezioni e aspettative delle persone esterne ed interne che possono facilitare o impedire il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

i) La gestione del rischio è trasparente e inclusiva

Il coinvolgimento appropriato e tempestivo dei portatori d'interesse e, in particolare, dei responsabili delle decisioni, a tutti i livelli dell'organizzazione, assicura che la gestione del rischio rimanga pertinente ed aggiornata. Il coinvolgimento, inoltre, permette che i portatori d'interesse siano opportunamente rappresentati e che i loro punti di vista siano presi in considerazione nel definire i criteri di rischio.

j) La gestione del rischio è dinamica

La gestione del rischio è sensibile e risponde al cambiamento continuamente. Ogni qualvolta accadono eventi esterni ed interni, cambiano il contesto e la conoscenza, si attuano il monitoraggio ed il riesame, emergono nuovi rischi, alcuni rischi si modificano e d altri scompaiono.

k) La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione

Le organizzazioni dovrebbero sviluppare ed attuare strategie per migliorare la maturità della propria gestione del rischio insieme a tutti gli altri aspetti della propria organizzazione.

Oltre ai principi indicati sopra, le misure e le cautele previste nel presente piano sono in

linea con i principi della normativa tecnica UNI ISO 37001/2025.

4.2 Formazione del personale impiegato nei settori a rischio

1. Il personale afferente alle “aree a rischio” sarà destinatario di specifici percorsi formativi secondo un approccio che sia al contempo normativo-specialistico e valoriale, in modo da accrescere le competenze e rinforzare il senso etico.
2. Il personale è stato formato secondo le modalità definite dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione con apposita comunicazione, conformemente agli indirizzi forniti dal Piano Nazionale Anticorruzione.
3. La mancata partecipazione del personale convocato alle iniziative formative programmate, senza giustificato motivo, sarà valutata in termini di compatibilità con l’ufficio rivestito e, più in generale, rispetto alle norme contenute nel Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 16.04.2013 n. 62.
4. Entro un anno dell’approvazione del presente piano, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione verifica l’effettivo svolgimento delle attività di formazione destinato al personale afferente alle aree di rischio.
5. Successivamente saranno programmati adeguati percorsi formativi, d’intesa con la UOS Politiche Formative di livello generale rivolti a tutti i dipendenti sui temi dell’etica e dell’integrità.

4.3 Rotazione del personale impegnato nei settori a rischio

1. L’Azienda speciale, come evidenziato nell’organigramma, ha in carico un solo dirigente cui afferisce ogni area di responsabilità attinente alla funzione di direttore generale; oltre al direttore generale l’organizzazione aziendale conta di quattro quadri con poteri e responsabilità direzionali per le quali sono individuate in appositi mansionari responsabilità, modalità operative e procedure per la rotazione per gli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione. Tuttavia, considerata la specificità dei singoli profili professionali, che non sono intercambiabili, la rotazione risulta difficile da attuare. Il Ruolo di Responsabile Sanitario sarà, per esempio, ricoperto da personale in libera professione con incarichi di durata annuale, con possibilità di conferma.
2. Per quanto riguarda il personale impiegato nell’area amministrativo contabile, l’Azienda speciale adotta criteri generali oggettivi, previa informativa sindacale. L’attuazione della misura avverrà, quindi, compatibilmente con le risorse umane disponibili, in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa e nel rispetto dei CCNL. L’Azienda speciale, in ragione di ciò, curerà la formazione del personale prediligendo l’affiancamento e l’utilizzo di professionalità interne. Ove le condizioni organizzative non consentano l’attuazione della misura, l’Azienda speciale ne darà conto con adeguata motivazione.
3. In ogni caso, fermi restando i casi di revoca dell’incarico già disciplinati e le ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione potrà avvenire solo al termine dell’incarico, la cui durata è regolamentata dai CCNL.
4. L’Azienda Speciale quando deve procedere all’assunzione di nuovi dipendenti adotta lo strumento del concorso indetto mediante bando pubblicato sul sito istituzionale ovvero mediante tutti gli strumenti più idonei per garantirne la diffusione.
Pur tuttavia, l’esperienza pregressa ha dimostrato come i soggetti selezionati mediante

consultazione pubblica, una volta inseriti nella struttura ed effettuato un primo periodo di affiancamento decidano di intraprendere diversi percorsi professionali presso altre strutture nelle quali, parimenti, vengono selezionati secondo criteri meritocratici mediante procedura concorsuale.

Quanto sopra ha determinato disagi per la struttura che necessita di collaborazioni continuative e durature; non solo, l'Azienda speciale è stata costretta a predisporre continuamente nuovi bandi di concorso così sottraendo risorse umane alle funzioni ordinarie e sostenendo dei costi e delle inefficienze maggiori.

Alla luce di queste esperienze, comprovate e rappresentate da più soggetti apicali dell'ente, ivi incluso il Responsabile del personale, l'Azienda speciale ritiene opportuno provvedere ad assunzioni di personale infermieristico anche mediante consultazione diretta andando ad individuare persone realmente interessate ad un rapporto duraturo e continuo.

Questo, però, senza venire meno all'attenzione che l'Azienda speciale rivolge alla trasparenza della procedura ed alle necessarie competenze e professionalità richieste dal ruolo che i collaboratori sono chiamati a svolgere.

Nella fase di assunzione del personale saranno in ogni caso garantite le misure generali di gestione del rischio di cui al punto n. 4 lettere a) e b), oltre a garantire il rispetto della Trasparenza e del principio di imparzialità e buona amministrazione che il presente piano mira a tutelare ed attuare.

Nei casi in cui l'Azienda decidesse di assumere personale infermieristico mediante trattativa diretta deve darne comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Quest'ultimo, poi, eseguirà un audit sulla procedura adottata e sulla decisione conclusiva, condividendone il risultato con l'Organismo di Vigilanza.

4.3.1 rotazione straordinaria

Le attuali disposizioni di legge (Delibera ANAC 215/2019) prevedono l'obbligo in capo agli Enti di disporre, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Trattasi di una misura di carattere cautelare e preventivo, e non punitivo, di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi.

L'Autorità, con la stessa delibera, ha considerato come "condotte di natura corruttiva" tutte quelle indicate dall'art. 7 della legge n. 69 del 2015, compresi i reati di cui agli art. 319-bis, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353, 353-bis del Codice penale.

I punti di rilevanza sono:

A) i reati presupposti:

L'elemento di particolare rilevanza da considerare ai fini dell'applicazione della norma è quello della motivazione adeguata del provvedimento con cui viene disposto "lo spostamento" del dipendente. Infatti, il dipendente deve aver non solo manifestato comportamenti corruttivi, ma deve essere stato sottoposto ad avviso di garanzia per condotta corruttiva; la "condotta di natura corruttiva", inoltre, non è specificatamente definita dall'art. 16, co. 1, lett. l- *quater* del d.lgs. 165/2001 che prevede la misura della rotazione straordinaria, ma è definita da Anac che si riferisce a "delitti dei pubblici ufficiali

contro la Pubblica Amministrazione”.

In ogni caso la motivazione adeguata deriva:

- dall'avvio di un procedimento penale o disciplinare nei confronti dei dipendenti/dirigenti;
- di una condotta oggetto di questi procedimenti qualificabile come “corruttiva”;

B) le amministrazioni obbligate:

Si ritiene che il provvedimento motivato debba essere adottato obbligatoriamente nelle amministrazioni pubbliche (di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. n. 165) e solo facoltativamente negli altri enti del settore pubblico (enti pubblici economici e enti di diritto privato in controllo pubblico). In entrambe i casi, l'ente deve agire immediatamente dopo avere avuto la notizia dell'avvio del procedimento penale.

C) le conseguenze della rotazione straordinaria:

Si deve ritenere che il trasferimento possa essere di sede o con una attribuzione di diverso incarico nella stessa sede dell'amministrazione.

Pur non trattandosi di un procedimento sanzionatorio, di carattere disciplinare, è necessario che venga data all'interessato la possibilità di contraddittorio, senza, però, che vengano pregiudicate le finalità di immediata adozione delle misure di tipo cautelare.

Qualora, in ragione della qualifica rivestita, oppure per oggettivi motivi organizzativi, non sia possibile attuare il trasferimento di ufficio, il dipendente è posto in posizione di aspettativa o di disponibilità. Il trasferimento perde efficacia se interviene sentenza di proscioglimento o di assoluzione, anche non definitiva e, in ogni caso, decorsi cinque anni dalla sua adozione.

In caso di condanna definitiva alla reclusione per un tempo non inferiore ai due anni, è disposta l'estinzione del rapporto di lavoro o di impiego.

Particolare attenzione va posta sulla rotazione straordinaria applicata ad un soggetto titolare di incarico dirigenziale. La rotazione in questi casi, comportando il trasferimento a diverso ufficio, consiste nell'anticipata revoca dell'incarico dirigenziale.

Per gli incarichi amministrativi di vertice, invece, la rotazione, non potendo comportare l'assegnazione ad altro incarico equivalente, comporta la revoca

dell'incarico medesimo, senza che si possa, considerata la natura e la rilevanza dell'incarico, procedere ad una sua mera sospensione.

Qualora la condotta corruttiva sia da attribuire al RPCT, essendo tale incarico particolarmente sensibile ai fini dell'immagine di imparzialità e correttezza dell'Azienda, l'incarico sarà revocato in tutti i casi di rinvio a giudizio. Sino a quel momento l'Azienda valuterà le possibilità di applicazione dell'istituto della rotazione straordinaria, laddove sia possibile, sin da un momento precedente l'avvio dell'azione penale.

4.4 Patti d'integrità

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

Le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione dell'art. 1, co. 17, della

l. 190/2012, di regola, predispongono e utilizzano protocolli di legalità o patti d'integrità per l'affidamento di appalti. A tal fine, inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto, così come la mancata sottoscrizione degli stessi al momento della presentazione della domanda di partecipazione alla procedura.

I protocolli di legalità o patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e, in forza di tale azione, ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (*ex art. 97 Cost.*) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.

Si tratta, in particolare, di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzate ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale - nel senso che gli impegni assunti dalle imprese rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto - che sotto il profilo del contenuto - nel senso che si richiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento dell'aggiudicazione del contratto.

Tali condizioni, tuttavia, devono conformarsi al principio di proporzionalità, che costituisce un principio generale del diritto dell'Unione; siffatte misure non devono, pertanto, eccedere quanto necessario per raggiungere l'obiettivo perseguito. Così stabilisce la Corte di Giustizia Europea nella sentenza C-425/14 nella quale afferma la piena legittimità dei patti in questione.

I patti d'integrità servono a rafforzare la parità di trattamento e la trasparenza nell'aggiudicazione degli appalti e sono utilizzati per rafforzare alcune prescrizioni. In particolare, prevengono il fenomeno del *pantouflage* e in generale il conflitto d'interessi.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Azione programmata	Indicatori	Tempistica	Monitoraggi
Patto di integrità	Direttore Generale Impiegato Settore acquisti Responsabile Sanitario Responsabile di Struttura Coordinatore Infermieristico Manutentore	Evitare eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive	Inserimento nelle lettere di invito/schema contrattuale del Patto di integrità	Inserimento del patto di integrità nel 100% delle lettere di invito/schema contrattuale	All'atto della stesura della lettera di invito/schema contrattuale	Commissione Internal Auditing Verifica semestrale di n. 3 lettere di invito/schemi contrattuali 30/06 e 31/12 di ciascun anno

Vedasi Allegato 8 al PTPC “Patti d’Integrità”

4.5 Codice etico

Questa Azienda speciale ha predisposto il proprio Codice Etico, approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione del 14 gennaio 2013, alla cui osservanza sono tenuti tutti i dipendenti dell’Azienda stessa, nonché, per quanto compatibile, tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, i titolari di organi e di incarichi negli uffici di supporto agli organi di direzione politica dell’Azienda ed i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi che realizzano opere nei confronti dell’Azienda speciale.

L’adozione di tale Codice Etico, che tiene conto, in via primaria, delle regole contenute nel D.P.R. n. 62 / 2013 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165”, rappresenta una delle “azioni e misure” principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato, secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con delibera dell’A.N.A.C. n. 831 del 2016; a tal fine il codice costituisce elemento essenziale del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

Per facilitare la raccolta delle segnalazioni di illeciti, i dipendenti e i collaboratori possono segnalare anomalie o eventi corruttivi mediante la procedura di segnalazione illeciti divulgata tra il personale di cui al successivo punto 4.7. È richiesto un minimo di informazione relativa alla persona segnalante, anche al fine di poter agevolare il lavoro del Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

È compito del Responsabile della Prevenzione della Corruzione prendere in esame puntualmente le segnalazioni ed avviare un approfondimento in merito alle segnalazioni. I dipendenti che segnalano abusi, illeciti o tentativi di corruzione devono essere tutelati. In tal senso il Responsabile della Prevenzione della Corruzione mette in atto tutte le misure necessarie a tutelare l’anonimato del segnalatore e qualunque discriminazione nei suoi confronti.

Gli atti relativi al soggetto che ha segnalato l’illecito possono essere secretati e sottratti al diritto di accesso civico.

4.6 *Pantouflage*

L’art. 1, co. 42, lett. l), della l. 190/2012 ha inserito all’art. 53 del d.lgs. 165/2001 il co. 16-ter che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, **nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività dell’amministrazione.**

La finalità della norma è quella di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all’interno dell’amministrazione potrebbe crearsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Nello stesso tempo, il divieto è volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un’amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione.

Di seguito tre specificazioni:

AMBITO DI APPLICAZIONE: dipendenti legati alla pubblica amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo indeterminato o autonomo; si è deciso di estendere la sfera dei dipendenti pubblici anche ai dipendenti di enti pubblici non economici e economici.

PRESUPPOSTO PER L'APPLICAZIONE: esercizio dei poteri autoritativi e negoziali; deve trattarsi di soggetti che esercitano concretamente per conto della Pubblica Amministrazione i poteri di cui sopra attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi o stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente (dirigenti, funzionari apicali e tutti i soggetti che ricoprono incarichi amministrativi e di vertice); non si escludono dipendenti che hanno il potere di incidere in maniera determinante sulle decisioni oggetto del provvedimento finale ad esempio mediante perizia, pareri, certificazioni....

Quindi il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che ha firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

SANZIONI: In caso di violazione del divieto sono previste specifiche conseguenze sanzionatorie che svolgono effetto nei confronti sia dell'atto sia dei soggetti. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli e i

soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrarre con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni, oltre all'obbligo di restituire compensi eventualmente percepiti.

L'amministrazione con il presente PTPC prevede pertanto di inserire nella regolamentazione dei contratti di lavoro apposite clausole al fine di prevenire tale fenomeno (atti di assunzione/cessazione di personale, bandi di gara...).

È compito dell'RPCT segnalare detta violazione da parte di un ex dipendente non appena ne venga a conoscenza, tanto all'amministrazione quanto eventualmente al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

4.7 Procedura dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Ai fini dell'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui all'art. 1, commi 49 e 50, della legge 190/2012 ed ai capi V e VI del Decreto Legislativo 8.4.2013 n. 39, visto l'art. 29-ter del Decreto-legge 21.6.2013

n. 69 coordinato con la Legge di conversione 9.8.2013, n. 98, all'atto del conferimento dell'incarico l'interessato presenterà una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità ed incompatibilità ivi previste. Nel corso dell'incarico analoghe dichiarazioni saranno presentate annualmente dall'interessato medesimo.

Per la verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, così come disciplinate dall'art. 53 del D.Lgs n. 165/2001 e modificate dall'art. 1, comma 42, della Legge n. 190/2012, l'Azienda procede in conformità al vigente regolamento ed attraverso i diversi strumenti di controllo interno attivi in Azienda.

L'Amministrazione del Personale invierà al Responsabile della Prevenzione della Corruzione semestralmente o annualmente i dati riepilogativi e gli esiti delle verifiche condotte.

Nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione sono comunque indirizzati i flussi informativi inerenti all'attività della Commissione Ispettiva di cui all'art. 1, comma 62, della Legge 662 del 23.12.1996, Organismo ispettivo interno competente da effettuare verifiche sulle incompatibilità lavorative del personale dipendente del SSN e sulla sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità.

Relativamente agli incarichi dirigenziali, è presente un unico dirigente, pertanto, le verifiche sono estremamente semplici. Rispetto all'incompatibilità dell'organo amministrativo, essendo di nomina sindacale, la verifica viene espletata a priori dalla stessa amministrazione. L'Azienda ha implementato verifiche periodiche sulla persistenza dei requisiti di compatibilità.

4.8 Procedura per l'adesione di 3sg alle centrali di committenza per acquisizione di forniture, servizi e lavori per importi superiori alla soglia comunitaria

L'art. 37 del D.lgs. n. 50 del 2016 introduce l'obbligo per le stazioni appaltanti di aderire alle centrali di committenza ovvero a stazioni appaltanti qualificate laddove si debba procedere per acquisizione di servizi, forniture e lavori per importo superiore alla soglia di cui all'art. 35 del D.lgs. n. 50 del 2016, c.d. "soglia comunitaria".

Dovendo procedere in tal senso, la delibera A.N.A.C. n. 831 del 2016 suggerisce di precisare un processo per l'adesione alle centrali di committenza o stazioni qualificate. La predisposizione del processo deve tenere conto, a parere di A.N.A.C., di tre fasi principali elencate come segue:

- a) Fase di formulazione e comunicazione dei fabbisogni dell'ente;
 - b) Fase di adesione alla centrale di committenza;
 - c) Fase di esecuzione e rendicontazione del contratto.
- a) I rischi individuati da A.N.A.C. in questa prima fase possono essere sintetizzati con il mancato rispetto dei tempi di invio della programmazione, la parziale o inesatta comunicazione del fabbisogno della stazione appaltante così da determinare un'aggiudicazione non in linea con le vere esigenze dell'ente.

E' inoltre opportuno evitare di non rispettare i vocabolari adottati o delle codifiche previste dalla centrale di committenza sempre al fine di individuare fabbisogni non coincidenti con quelli reali.

Al fine di scongiurare gli eventi di cui sopra, viene evidenziato il ricorso agli strumenti delle centrali di committenza nonché di prevedere una sezione separata riferita ai soggetti aggregatori, già nella fase di programmazione.

Il procedimento di accertamento del fabbisogno, poi, deve individuare con precisione l'attribuzione delle responsabilità in capo ai singoli soggetti.

Inoltre, l'Azienda predisporrà degli audit interni periodici eseguiti dallo Staff Audit secondo un piano approvato dal Responsabile della prevenzione per la corruzione.

L'attività di audit dovrà poi essere condivisa con l'Organismo di Vigilanza.

In ultimo, come visto per le misure generali per la gestione del rischio al punto 4, lettera a), ogni provvedimento o decisione interno prodromico all'attività di accertamento del fabbisogno dovrà essere opportunamente motivato circa tutte le ragioni che hanno portato

ad assumere una determinata decisione.

- b) In questa fase è fondamentale scongiurare l'errata lettura del contenuto degli strumenti messi a disposizione dalle centrali di committenza per dichiarare la non compatibilità con i fabbisogni espressi ovvero con le esigenze di appropriatezza dell'uso dei prodotti. Inoltre, il fine è quello di rispettare i limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni in urgenza o dividere il fabbisogno mediante espedienti artificiosi.

La delibera A.N.A.C. sancisce, dunque, l'importanza di introdurre istanze di controllo nel caso in cui si verificano acquisizioni difformi rispetto al fabbisogno oltre alla necessità di introdurre un obbligo generale di documentare l'esame degli strumenti delle centrali di committenza.

Inoltre, è bene attivare un flusso informativo con le centrali di committenza alle quali deve essere comunicato ogni tipo di disallineamento tra le adesioni reali e quelle programmate oltre alle eventuali incongruenze tra i fabbisogni reali e quelli manifestati.

Vengono inoltre introdotti, a cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, degli audit interni eseguiti dallo Staff Audit laddove dovessero arrivare segnalazioni o osservazioni da parte delle centrali di committenza circa eventuali irregolarità delle adesioni.

L'esito degli audit deve poi essere condiviso con l'Organismo di vigilanza.

- c) Venendo all'ultima fase presa in considerazione dalla delibera A.N.A.C. sono stati individuati come eventi rischiosi:

- l'errata interpretazione delle condizioni contrattuali pattuite che determinano il rischio che si verificano eventi incompatibili con quanto programmato con particolare riguardo ai limiti quantitativi o qualitativi del contenuto delle prestazioni;
- eventuali esecuzioni di prestazioni non richieste;
- l'omessa o errata comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità e delle risoluzioni alla centrale di committenza che determinino una errata gestione degli accordi e delle convenzioni da parte della centrale.
- l'erogazione di prestazioni complementari rispetto a quella oggetto di adesione al fine di distorcere o aggirare le soglie di valore previste dalle norme di legge;

Per prevenire i rischi sopra indicati, la delibera A.N.A.C. individua le seguenti misure cautelari:

- pubblicazione delle adesioni realizzate in autonomia, senza tenere conto dei relativi importi;
- previsione di una valutazione del risultato cui si è pervenuto a seguito del processo di adesione alle centrali di committenza;
- successiva pubblicazione di tutti i certificati di conformità dei lavori, servizi e forniture acquisite;
- attività periodica di report nei confronti delle centrali di committenza per i lavori, servizi e forniture acquisite con i quali condividere tutte le informazioni sopra precisate.

Gli elementi sopra elencati sono i presidi che l'Azienda speciale adotta per la prevenzione di diversi eventi corruttivi o comunque lesivi del principio di imparzialità e buona

amministrazione che il presente piano mira a tutelare ed attuare.

4.9 Misure residuali per acquisizioni di forniture, servizi e lavori per importi al di sotto della c.d. "soglia comunitaria"

1. Ferme restando le misure di cautela indicate al punto precedente, l'Azienda speciale adotta comunque le migliori prassi disponibili ed applicabili per prevenire ogni possibile fenomeno corruttivo.

Per quanto riguarda gli acquisti di **servizi e forniture** inferiori alla soglia di € 139.000,00, fissata dal codice dei contratti pubblici quale limite massimo per le acquisizioni in economia, l'ufficio acquisti procede mediante affidamento diretto di cui all'art. 36 comma 2 del nuovo codice degli appalti di cui al D.Lgs. 50/2016, mediante inserimento di RDO sulle piattaforme telematiche delle centrali di committenza accreditate. Le procedure di acquisizione garantiscono, così, la tracciabilità dei dati fornendo la massima trasparenza in ordine a tutte le informazioni dell'appalto. Per gli acquisti nell'intervallo tra € 139.000,00 e € 214.000,00 si procede al confronto di cinque preventivi al fine di garantire la rotazione degli inviti. L'Azienda speciale si appoggia a Sintel per quanto riguarda la centrale di committenza di Regione Lombardia "Arca" ovvero, quando le esigenze lo richiedano al diverso portale "Mepa" per la centrale di committenza Consip, di rilievo nazionale. L'utilizzo delle piattaforme sopra indicate costituisce così una tutela importante anche per quelle acquisizioni per importi inferiori alla c.d. "Soglia comunitaria".

Nel caso in cui esista una convenzione accessibile sulle piattaforme delle centrali di Committenza se ne predilige l'utilizzo.

Per affidamenti **di lavori** di importi inferiore a € 150.000,00 si procede con affidamento diretto, per importi nell'intervallo € 150.000-1 milione di euro mediante procedura negoziata previa consultazione, ove esistenti, di almeno cinque operatori economici individuati sulla base di indagini di mercato o tramite elenchi di operatori economici, per lavori tra 1 milione di euro e la soglia di cui all'art. 35 di cui al D.Lgs. 50/2016, mediante procedura negoziata previa consultazione di almeno 10 inviti.

L'azienda speciale adotta comunque idonee garanzie nel rispetto del principio di rotazione e verifica la congruità dell'offerta confrontandola con strumenti dotati di ufficialità (per esempio listini di camere di commercio).

2. In particolare, per quanto riguarda gli acquisti dei medicinali e dei prodotti utilizzati dalla farmacia interna alla struttura gli operatori sanitari si avvalgono di un software che provvede, in automatico e senza margine di discrezionalità, alla determinazione del fabbisogno della farmacia.

I dati elaborati vengono poi trasmessi all'ufficio acquisti che provvede alla predisposizione dell'ordine.

Tutti i dati inerenti al procedimento sono registrati e archiviati telematicamente nel *software*.

3. Diversa procedura è adottata per gli acquisti del materiale di magazzino (e.g. garze, bende, tutori, etc.).

In questo caso, infatti, non è possibile predeterminare con esattezza il fabbisogno della struttura poiché non è possibile conoscere in anticipo il verificarsi degli eventi. Tuttavia, gli operatori detengono dei moduli cartacei compilati a cura degli stessi dove sono annotate

le esigenze di fornitura o acquisto; tali moduli sono idoneamente conservati per rendere tracciabile e sempre verificabile il procedimento di acquisto. Ad ogni modo, comunque, l'Azienda ha un regolamento interno che pone un limite di spesa nella predisposizione dell'ordine.

4.10 Procedura per la gestione delle segnalazioni *whistleblowing*

L'Azienda ha implementato un Canale Interno per la segnalazione di "violazioni" del presente Piano ovvero dei protocolli generali ivi contenuti e procedure speciali cui fa integralmente richiamo o, comunque, qualsivoglia condotta o comportamento che possa assurgere a violazione dei protocolli generali di cui al PTPCT ovvero a violazione di procedure aziendali specifiche quivi integralmente recepite.

L'oggetto della segnalazione può riguardare, altresì, violazioni del diritto nazionale (illeciti amministrativi, contabili, civili o penali) ovvero del diritto dell'Unione Europea, del D.lgs. n.231/2001 e violazioni del Modello Organizzativo

Non rientrano, invece, nell'oggetto della segnalazione le contestazioni, rivendicazioni, richieste ovvero mere rimozioni correlate ad un interesse di carattere squisitamente personale dell'autore della segnalazione.

Restano, comunque, ferme le tutele di cui si dirà a breve, relativamente ai soggetti che effettuino segnalazioni non rientranti nell'ambito di applicabilità del decreto ma, comunque, in buona fede.

Il sistema di protezione delle segnalazioni è considerato strumento fondamentale per l'applicazione efficace del sistema di prevenzione del rischio corruttivo di reati e condotte illecite in genere assoggettate all'ambito di applicazione del Decreto.

Con il presente PTPCT, pertanto, si costituisce l'obbligo in capo ai componenti degli organi amministrativi e direttivi, nonché in capo ad ogni dipendente e collaboratore dell'Azienda di presentare, ai fini di tutela dell'integrità dell'ente, segnalazioni circostanziate di condotte illecite che ritengano si siano verificate in seno all'organizzazione.

Pertanto, il soggetto che effettua una segnalazione, anche non avente ad oggetto un reato, non deve trovarsi, in alcun modo, in posizione di svantaggio, né subire azioni ritorsive in ragione della propria iniziativa, indipendentemente dal fatto che la sua segnalazione si riveli fondata.

L'Azienda garantisce in capo al soggetto segnalante il riconoscimento di tutte le misure di tutela e protezione disciplinate dal D.lgs. n. 24/2023 e dalla Direttiva UE 2019/1937.

L'Azienda tiene ad evidenziare che, sotto il profilo temporale, l'ambito di operatività delle suddette tutele non è circoscritto alla durata del rapporto di lavoro ma si estende, invero, anche al periodo successivo allo scioglimento del rapporto di lavoro (e, quindi, all'ex dipendente), nonché al periodo antecedente alla sua costituzione (fase di ricerca e assunzione del personale), ai dipendenti in regime di prova (tirocinanti, stagisti, etc.). Nondimeno, le misure di tutela, protezione e sostegno sono estese ai c.d. "facilitatori" della segnalazione, ossia a coloro che abbiano coadiuvato l'autore nell'iter di segnalazione, come anche alle persone operanti nel medesimo contesto lavorativo della persona segnalante, ai colleghi di lavoro del segnalante aventi con il medesimo un rapporto abituale, agli enti di

proprietà della persona segnalante o per i quali detta persona lavori.

É, quindi, assolutamente vietato ogni atto di ritorsione o discriminazione nei confronti della persona che abbia inoltrato una segnalazione tramite i canali all'uopo predisposti.

Il segnalante che ritenga di aver subito azioni ritorsive ha la facoltà di segnalare il tutto ad ANAC. L'Autorità Anticorruzione avrà la facoltà di svolgere le necessarie verifiche istruttorie in merito alle azioni ritorsive poste in essere. L'art. 17 del D.lgs. n. 24 del 2023 contiene un'elencazione esemplificativa, non tassativa, delle azioni che possono qualificarsi come ritorsive.

In proposito, l'Azienda Speciale pubblica sul sito istituzionale il modulo previsto dall'art. 4 del Regolamento di A.N.A.C. del 29.03.2017, da utilizzare per le segnalazioni alla predetta Autorità di eventuali violazioni della normativa in materia di trasparenza.

Per poter correttamente adempiere agli obblighi previsti da vigente normativa è stato predisposto un apposito canale interno da utilizzarsi per effettuare la segnalazione, accessibile per il tramite di apposito *link* fruibile sul sito istituzionale dell'azienda - www.3sg.it - seguendo il percorso: AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE-ALTRI CONTENUTI-PREVENZIONE CORRUZIONE- D.lgs. n.24/2023-WHISTLEBLOWING .

Una volta effettuata la segnalazione, verrà attribuito al segnalante un codice identificativo da custodire per poter verificare la presa in carico della stessa e per mantenere una costante interlocuzione con il soggetto deputato al processamento della segnalazione.

Al fine di garantire il rispetto della disciplina delineata dal D.lgs. n.24/2023, in virtù della quale si impone la necessità di garantire la riservatezza della persona segnalante, il canale interno implementato dall'Azienda non consente ai suoi rappresentanti né a terzi di conoscere l'identità della persona segnalante, né il contenuto della segnalazione; tali dati possono essere visionati solo dopo l'inserimento, su apposita interfaccia, di USER E PASSWORD in possesso esclusivamente del Responsabile Anticorruzione, il quale si impegna a non divulgare il contenuto della segnalazione ovvero l'identità del segnalante a soggetti terzi non autorizzati.

La segnalazione può essere effettuata anche mediante il ricorso a messaggio vocale con voce distorta; inoltre, è possibile richiedere un incontro in presenza al Responsabile Anticorruzione, il cui svolgimento dovrà essere oggetto di verbalizzazione ed eventualmente, con il consenso della persona segnalante, fono registrato.

Resta, in ogni caso, valida la possibilità di effettuare la segnalazione in forma cartacea, purché questa avvenga con modalità tali da garantire la riservatezza in merito all'identità del segnalante, nonché la confidenzialità circa il contenuto della segnalazione.

A tal fine, l'Azienda invita il soggetto segnalante, sulla scorta di quanto suggerito da ANAC, ad utilizzare n. 3 buste, prima contenente le altre due con la specifica locuzione “*Riservato- Whistleblowing*”, la seconda con i dati del segnalante e la terza con i dati della segnalazione.

Anche in suddetti casi, al segnalante è garantita la tutela della riservatezza in ogni fase dell'iter di processamento della segnalazione effettuata, la continuità dell'interlocuzione con il Responsabile del Canale Interno, nonché il riscontro in merito alle decisioni e provvedimenti assunti all'esito dell'iter di segnalazione.

Il Responsabile è tenuto a fornire riscontro al soggetto segnalante circa l'intervenuta presa

in carico della segnalazione entro 7 giorni dalla ricezione e, in caso di approfondimento, entro 3 mesi in merito alla decisione finale assunta.

Ad ogni modo, sulla scorta delle Linee Guida emanate da ANAC in materia, così come successivamente modificate con le Delibere n. 478 e 479 del 2025, il Responsabile del Canale interno, prima di procedere ad un approfondimento della segnalazione, verifica la sussistenza di tutti i requisiti oggettivi e soggettivi, onde poter riconoscere al segnalante le adeguate tutele previste dal D.lgs. n. 24/2023.

Previo espletamento delle verifiche circa l'assoggettabilità della segnalazione all'ambito di applicazione del D.lgs. n. 24/2023, il Responsabile del Canale Interno di segnalazione potrà avviare l'istruttoria interna.

Perché il Responsabile possa dare puntualmente seguito all'*iter* di processamento della segnalazione, è, comunque, fatto obbligo per il soggetto segnalante di fornire tutte le informazioni utile a circostanziare i fatti segnalati, quali data e/o luogo di accadimento, ove ne abbia contezza, allegando eventuale documentazione a supporto e/o indicando eventuali testimoni o, comunque, persone a conoscenza dei fatti segnalati.

In assenza di tali elementi minimi, la segnalazione sarà soggetta ad archiviazione da parte del Responsabile del Canale Interno.

Si precisa che, qualora venga accertato il mancato svolgimento da parte del responsabile di attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute, ovvero la violazione degli obblighi di tutela della riservatezza circa l'identità del segnalante ovvero in merito alla confidenzialità del contenuto della segnalazione, l'Azienda si riserva la facoltà di applicare al medesimo una sanzione disciplinare, in conformità con quanto stabilito dal sistema sanzionatorio interno.

Parimenti, non saranno destinatari delle tutele previste dal Decreto i soggetti che consapevolmente abbiano effettuato segnalazioni diffamatorie, calunniose o, comunque, inventiere ovvero che si prefiggano il sol scopo di nuocere alla reputazione dell'Azienda o di arrecarvi altro danno; in tali casi, l'Ente valuterà l'opportunità di avviare un procedimento disciplinare nei confronti del segnalante, al cui esito applicare le relative sanzioni, conformemente al CCNL applicabile.

Da ultimo, si precisa che le segnalazioni rientranti nell'ambito di applicazione del D.lgs. n. 24/2023 possono essere effettuate anche in forma anonima. Anche in suddetto caso, comunque, il soggetto segnalante è tenuto a fornire tutte le informazioni minime perché il Responsabile del Canale Interno possa provvedere al suo corretto processamento.

In assenza di suddetti elementi minimi, la segnalazione anonima sarà archiviata.

Ad ogni modo, al fine di meglio favorire l'interlocuzione tra il soggetto segnalante e il Responsabile deputato alla gestione del Canale Interno, l'Azienda incoraggia il ricorso a segnalazioni in forma non anonima.

Si prevede, altresì, l'obbligo di coinvolgere nell'*iter* di processamento della segnalazione l'OdV nominato, nel caso in cui la segnalazione abbia ad oggetto la commissione di reati presupposto alla responsabilità amministrativa degli enti ovvero supposte violazioni del Modello Organizzativo o del Codice Etico.

Da ultimo, la gestione del Canale Interno e l'attività di processamento delle segnalazioni da parte del Responsabile debbono confrontarsi con la normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

In proposito, si evidenzia che il Responsabile del Canale Interno è stato investito dal Titolare del Trattamento di apposita nomina ad Autorizzato al Trattamento dei dati afferenti alla segnalazione.

In ultimo, i dati afferenti alle segnalazioni sono conservati in apposito archivio per un periodo di 5 anni, in ossequio al più generale principio della limitazione della conservazione di cui al Regolamento europeo 2016/679.

Tutto ciò premesso, la procedura per effettuare segnalazioni “*Whistleblowing*” è meglio esplicitata nell’Allegato 7 del presente Piano.

5 MISURE DI PREVENZIONE SPECIFICHE

5.1 Liste d’attesa

La delibera A.N.A.C. n. 831 del 2016 ha dedicato un’apposita sezione intitolata “Ulteriori temi di approfondimento”, nella quale viene approfondito il tema delle “Liste di attesa” per le quali si è inteso rafforzare le misure di trasparenza.

Sul punto è intervenuto il legislatore con l’art. 33 del D.lgs. n. 97 del 2016 introducendo l’obbligo di pubblicazione dei criteri per la formazione delle liste di attesa, inserito all’art. 41 co. 6 del D.lgs. n. 33 del 2013.

L’obbligo appena descritto è comunque assolto da 3SG mediante la condivisione con l’Azienda Sanitaria Locale di Varese delle liste di attesa in essere.

Ad ogni modo, l’Azienda, per garantire la maggior trasparenza possibile, provvede comunque a pubblicare sul suo sito istituzionale le Liste di Attesa e le esporrà unitamente ai relativi criteri di formazione oltre al tempo medio di attesa per ogni tipo di prestazione erogata.

In ottemperanza, poi, a quanto prescritto dalla delibera A.N.A.C. sopra indicata, la società adotta idonee misure di informatizzazione e pubblicazione presso un’apposita sezione del sito *web* aziendale di immediata visibilità.

Più nello specifico, 3SG adotta una procedura interna secondo cui le richieste di prestazione sanitario - ospedaliera vengono inserite in un ordine determinato sulla base della data di inserimento della richiesta.

Tuttavia, le richieste di accettazione vengono esaminate dal medico competente, determinato secondo turni che garantiscono una rotazione del sanitario incaricato del primo ricevimento.

La turnazione del professionista così individuata garantisce un’idonea tutela contro eventuali prassi discriminatorie o che determinino un trattamento privilegiato ingiustificato di alcuni soggetti rispetto ad altri.

Il medico competente al momento dell’accettazione, infatti, valuta la gravità della situazione che interessa il paziente richiedente la degenza e, se del caso, dispone che sia destinato ad una classe di priorità clinica per l’accesso alle liste di attesa.

Il rispetto delle procedure relative alla formazione e allo scorrimento delle liste d’attesa è verificato attraverso campionamento dal Responsabile per la prevenzione della corruzione.

5.2 Tutela giuridica dei soggetti fragili

Con Determinazione Dirigenziale n.586 del 20/10/2022 l’Amministrazione Comunale ha chiesto all’Azienda Speciale 3SG, nell’ambito del contratto di servizio in essere, di avviare

un servizio “sperimentale” di protezione giuridica nei confronti soggetti fragili per i quali i Servizi Sociali ovvero il Tribunale richiedono una forma di protezione.

Il servizio è gestito da personale individuato dall’Azienda 3SG dotato delle necessarie competenze in materia giuridica ed economica, coadiuvato da personale socio/educativo idoneo, con l’obiettivo a lungo termine di rendere l’attività totalmente strutturata.

La necessità di un servizio di tutela giuridica emerge da un tessuto sociale territoriale che presenta una sempre maggiore conflittualità all’interno dei nuclei familiari per i quali sempre più frequentemente l’autorità giudiziaria richiede all’Ente Locale di farsi carico della tutela, amministrazione e gestione di casi con profili di fragilità sociale/familiare ove le persone con fragilità non abbiano parenti o gli stessi siano incapaci o inidonei ad esercitarne il ruolo, oppure vi siano pesanti conflitti fra loro. I Servizi Sociali del Comune di Gallarate seguono casi di persone per le quali sono necessarie misure di protezione giuridica (amministrazione di sostegno, interdizione, inabilitazione) attraverso specifiche figure ovvero gli Amministratori Di Sostegno (ADS) che hanno la funzione di tutelare tali soggetti nell’espletamento delle funzioni della vita quotidiana mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente, in grado di andare incontro alle loro esigenze, anche aiutandole ad affrontare problemi concreti;

Dal momento che nel corso degli anni il numero di casi affidati al Comune è esponenzialmente aumentato e che il mutato assetto del tessuto sociale, anche post pandemia Covid 19 ha contribuito a incrementare sensibilmente le situazioni di fragilità sociale, occorre strutturare il servizio che sta assumendo un carattere permanente e non più temporaneo/emergenziale;

La figura dell’Amministratore di Sostegno è stata individuata nella figura della Dott.ssa Putzu quale dipendente di 3SG, tale incarico riveste un ruolo particolarmente delicato poiché dal punto di vista penale, l’amministratore di sostegno è parificato al tutore, quindi è considerato pubblico ufficiale, deve tenere la contabilità della propria gestione e riferire al Giudice Tutelare sull’attività svolta e sulle condizioni di vita del beneficiario, con una relazione sulla sua situazione personale. I compiti dell’Amministratore di Sostegno sono specificati nel decreto di nomina e possono riguardare la cura del beneficiario, degli interessi personali, sociosanitari, economici e patrimoniali. Si usa suddividere i compiti dell’amministratore di sostegno in atti personali e patrimoniale: gli atti personali sono quelli principalmente diretti alla salute ed alla cura della persona , tra cui rientra il consenso informato, la scelta delle prestazioni sociali, sociosanitarie e

sanitarie con i professionisti coinvolti e l’avvio di pratiche per la cura e l’autonomia della persona. Per gli atti patrimoniali si intende, invece, la gestione economico-finanziaria e del patrimonio della persona (pensioni, rendite, carte di credito, gestione dei risparmi e apertura e chiusura conto corrente). Per gli atti di straordinaria amministrazione (ad es, la vendita di un immobile o la sottoscrizione di un mutuo ecc), l’Amministrazione di sostegno necessita del consenso da parte del Giudice Tutelare.

Sempre nei limiti previsti dal decreto di nomina, in genere sarà titolare di poteri di firma presso gli Istituti Bancari: potrà effettuare versamenti o prelevamenti in banca, disporre bonifici, firmare assegni, ovvero utilizzare servizi di Internet banking, pertanto, se si appropria di somme o beni mobili di proprietà del beneficiario incapace di provvedere ed

a lui affidato in ragione della funzione svolta, commette il reato di peculato.

SEZIONE IV: TRASPARENZA

6. 1 Fasi di gestione della trasparenza

FASE	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'
Individuazione dei contenuti del programma triennale per la trasparenza e l'integrità e degli aggiornamenti annuali	Atto di indirizzo per l'elaborazione del Programma	DIREZIONE STRATEGICA
	Declinazione degli obiettivi strategici	DIREZIONE STRATEGICA
	Collegamento con il ciclo di gestione delle performance	DIREZIONE STRATEGICA
Individuazione degli obblighi di pubblicazione	Elenco degli obblighi di pubblicazione	DIREZIONE STRATEGICA RESPONSABILE TRASPARENZA RESPONSABILI PER MATERIA
Redazione proposta di Programma triennale e aggiornamenti annuali	Proposta di Programma/Aggiornamenti annuali in conformità agli indirizzi strategici ed alle linee guida vigenti in materia	RESPONSABILE TRASPARENZA
Adozione del Programma Triennale e degli aggiornamenti	Atto di approvazione del Programma e degli aggiornamenti annuali	CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
Attuazione del Programma Triennale	Organizzazione, gestione, alimentazione Sezione "Amministrazione trasparente"	RESPONSABILE TRASPARENZA RESPONSABILE DEL SITO ISTITUZIONALE
	Regolarità, Tempestività flussi delle informazioni	RESPONSABILI PER MATERIA RESPONSABILE TRASPARENZA
	Attuazione iniziative del Programma	RESPONSABILI PER MATERIA RESPONSABILE TRASPARENZA
		RESPONSABILE DEL SITO ISTITUZIONALE
Monitoraggio e vigilanza sull'attuazione del programma e degli obblighi di trasparenza	Attività di verifica e di vigilanza sul rispetto degli obblighi in materia di trasparenza	RESPONSABILI PER MATERIA RESPONSABILE TRASPARENZA
	Reportistica di monitoraggio	RESPONSABILE TRASPARENZA
	Predisposizione della relazione annuale contenente i risultati dei controlli incluso lo stato di attuazione del Piano e degli obblighi di trasparenza	RESPONSABILE TRASPARENZA
Supporto, verifica, garanzia dell'applicazione delle metodologie predisposte	Monitoraggio ciclo di gestione della trasparenza, collegamento con il ciclo di gestione delle performance, integrazione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	RESPONSABILE TRASPARENZA
Rilevazione quantitativa e del livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati nella "Sezione Amministrazione Trasparente"	Individuazione e strumenti e tecniche di rilevazione quantitativa e qualitativa dell'accesso alla sezione "Amministrazione Trasparente"	RESPONSABILE TRASPARENZA
		RESPONSABILE DEL SITO ISTITUZIONALE
FASE	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'
Iniziative di comunicazione della trasparenza	Iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati	DIREZIONE STRATEGICA (atto di indirizzo)
		RESPONSABILE TRASPARENZA (progettazione e verifica)
		RESPONSABILE DEL SITO ISTITUZIONALE (progettazione e attuazione)
	Iniziative di coinvolgimento degli stakeholder	DIREZIONE STRATEGICA (atto di indirizzo)
		RESPONSABILE TRASPARENZA (progettazione e verifica)
		ISTITUZIONALE (progettazione e attuazione)
	Organizzazione e risultati attesi Giornate della	DIREZIONE STRATEGICA (atto di indirizzo)
		RESPONSABILE TRASPARENZA (progettazione e verifica)

L'Azienda predispone l'"Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti" contenente la ricognizione degli obblighi di pubblicazione, con l'elencazione dei dati, delle informazioni e dei documenti oggetto della pubblicazione obbligatoria. Per ciascun obbligo sono esplicitati i riferimenti normativi, le scadenze di aggiornamento, il nominativo del Responsabile della trasparenza e della pubblicità e i nominativi dei rispettivi "Titolari della funzione operativa".

6.2 Disposizioni in materia di protezione dei dati personali

Sia nella fase di predisposizione degli atti che nella successiva fase della loro pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente", sia anche in eventuali altre sezioni del sito istituzionale web, particolare attenzione deve essere prestata al rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali (Regolamento Ue 2016/679,).

In particolare, si richiama quanto disposto dal sopraccitato Regolamento in materia di protezione dei dati.

Pertanto, dovrà essere posta la dovuta attenzione nella formulazione e nel contenuto degli atti soggetti poi a pubblicazione. L'Azienda ha redatto il GDPR e ha nominato un DPO.

6.3 L'Accesso Civico

L'Accesso civico è il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che le pubbliche amministrazioni e gli altri soggetti obbligati per legge abbiano omesso di pubblicare.

La richiesta è gratuita, non deve essere motivata e va indirizzata al Responsabile della trasparenza. Può essere redatta sul modulo appositamente predisposto e reperibile all'interno della sezione Amministrazione Trasparente del portale dell'Azienda speciale (sottosezione Accesso civico).

Modalità di presentazione di istanza:

- tramite posta elettronica all'indirizzo: segreteria@3sg.it
- tramite posta ordinaria:
- tramite fax al n.: 0331777162

Il Responsabile della trasparenza, dopo aver ricevuto la richiesta, la trasmette al Responsabile per materia competente il quale, entro 20 giorni, pubblica nel sito web www.3sg.it, sezione Amministrazione Trasparente, il documento, l'informazione o il dato richiesto e, contemporaneamente, comunica al Responsabile della trasparenza l'avvenuta pubblicazione, indicando il relativo collegamento ipertestuale; altrimenti, se quanto richiesto risulti già pubblicato, nel rispetto della normativa vigente, ne dà comunicazione

al Responsabile della trasparenza, indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Il Responsabile della trasparenza comunica l'avvenuta pubblicazione, indicando il relativo collegamento ipertestuale, al richiedente.

Nel caso in cui il Responsabile della trasparenza non comunichi entro 30 giorni dalla richiesta l'avvenuta pubblicazione, il richiedente può ricorrere al soggetto titolare del potere sostitutivo, il Direttore Generale, il quale, dopo aver verificato la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, pubblica tempestivamente e, comunque, non oltre il termine di 15 giorni, nel sito web www.3sg.it, sezione Amministrazione Trasparente, quanto richiesto e contemporaneamente ne dà comunicazione al richiedente, indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Vedasi Allegato 9 PTPC "Modulo accesso civico".

6.4 Elenco obblighi di pubblicazione

<u>OBLIGO</u>	<u>RIFERIMENTO NORMATIVO</u>	<u>CADENZA</u>
Organizzazione dell'amministrazione (organi di indirizzo politico, articolazione uffici, numeri di riferimento, organigramma)	ART. 13 D.LGS 33/2013	Revisione annuale o a necessità
Informazioni relative agli amministratori (durata mandato, competenze)	ART.14 D.LGS 33/2013	Entro tre mesi dall'entrata in carica e per tre anni dopo la cessazione
Titolari di incarichi dirigenziali e collaboratori o consulenti (atto di conferimento incarico, competenze professionali, presenza altri incarichi presso PA, compensi percepiti)	ART.15 D.LGS 33/2013	Entro tre mesi dall'entrata in carica e per tre anni dopo la cessazione
Conto annuale del personale a tempo indeterminato e determinato e statistica assenze con la suddivisione per centri di attività	ART.16-17 D.LGS 33/2013	Aggiornamento trimestrale
Pubblicazione bandi di concorso reclutamento personale	ART.19 D.LGS 33/2013	A necessità
Pubblicazione dati contrattazione collettiva	ART.21 D.LGS 33/2013	A seconda delle integrazioni-modifiche

Obblighi di pubblicazione dei dati relativi alla distribuzione dei premi al personale	ART.20 D.LGS 33/2013	Revisione annuale
Liste d'attesa	delibera A.N.A.C. n. 831 del 2016	mensile
Provvedimenti adottati dagli organi amministrativi relativamente a scelta contraente per lavori/forniture/servizi, concorsi per la selezione del personale e della relativa modalità di selezione	ART.23 D.LGS 33/2013	Semestrale
Pubblicazione Bilanci Preventivi, Semestrali e Consuntivi	ART.29 D.LGS 33/2013	Appena possibile dopo l'approvazione in CDA e relativo passaggio in Commissione Bilancio Comune di Gallarate (31/03 Consuntivo-15/12 salvo

		o proroga Previsionale-31/07 semestrale)
Identificazione beni immobili posseduti e eventuali canoni di locazione o affitto versati/percepiti	ART.30 D.LGS 33/2013	A seconda delle eventuali variazioni
Elenco servizi erogati (Carta dei servizi e costi per servizio)	ART.32 D.LGS 33/2013	Revisione annuale
catore di tempestività dei pagamenti	ART.33 D.LGS 33/2013	Trimestrale
l'ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	ART.33 D.LGS 33/2013	annuale

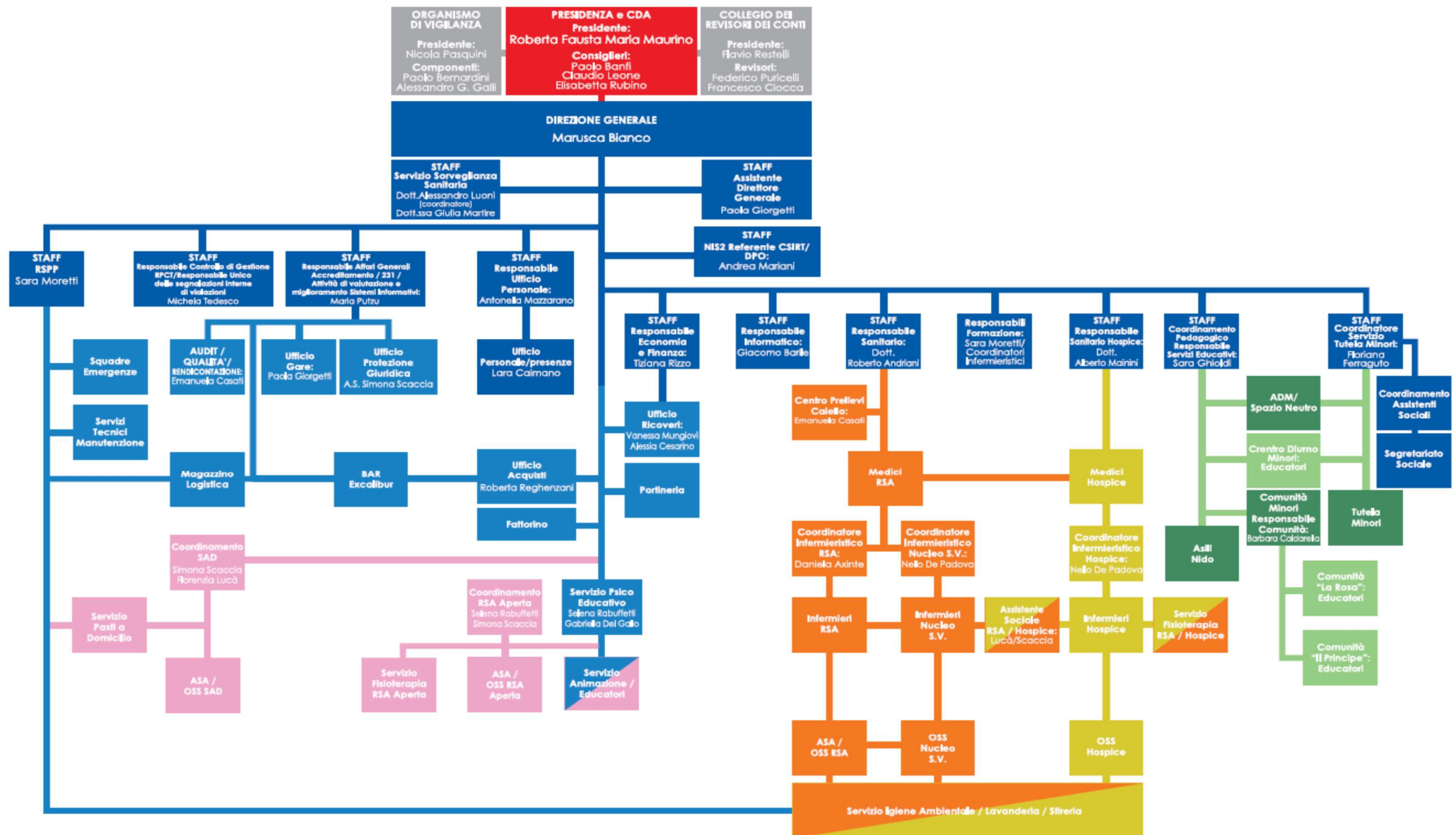
ALL. 3. REGISTRO DEL RISCHIO - ELENCO ESEMPLIFICATIVO DEI RISCHI POTENZIALI

- 1) previsioni di requisiti di accesso “personalizzati” ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari;
- 2) abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari;
- 3) irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari;
- 4) inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari;
- 5) progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari;
- 6) motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari;
- 7) accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti allo stesso;
- 8) definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione);
- 9) uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa;
- 10) utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa;
- 11) ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni;
- 12) abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario;
- 13) elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento delle concessioni al fine di agevolare un particolare soggetto;
- 14) abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa);

- 15) abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti;
- 16) uso di falsa documentazione per agevolare taluni soggetti nell'accesso a fondi comunitari;
- 17) rilascio di autorizzazioni urbanistiche edilizie con pagamento di contributi inferiori al dovuto al fine di agevolare determinati soggetti;
- 18) Disomogeneità nella valutazione;
- 19) Scarsa trasparenza;
- 20) Scarso controllo del possesso dei requisiti dichiarati dai richiedenti;
- 21) Scarso o mancato controllo;
- 22) Discrezionalità nella gestione;
- 23) Abuso nell'adozione del provvedimento.

ALL. 4: Organigramma Aziendale

ORGANIGRAMMA 3SG AZIENDA SERVIZI SOCIO SANITARI



AGGIORNAMENTO 22/01/2026

CECK LIST RECLUTAMENTO E GESTIONE DEL PERSONALE STRUTTURA-PR.35			
Domanda	SI	NO	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
CHECK LIST			
E' stata fatta una valutazione del bisogno di inserimento di nuovo personale da parte delle funzioni preposte?	x		
E' stato pubblicato l'avviso pubblico di selezione?	x		
Sono stati rispettati i tempi di pubblicazione?	x		
Sono stati inseriti requisiti idonei e non discriminatori?	x		
Sono state eseguite le prove previste?	x		in relazione alla figura ricercata la selezione avviene con prova scritta + prova orale oppure con colloquio
E' stata redatta la graduatoria?	x		
Sono state effettuate le comunicazioni obbligatorie?	x		
Le funzioni preposte hanno effettuato le valutazioni sul personale afferente?	x		
Sono state portate all'attenzione del datore di lavoro situazioni / comportamenti degni di una approfondimento ?	x		
Sono stati proposti procedimenti disciplinari?	x		Nel corso del 2025 sono state avviate 9 segnalazioni che hanno dato luogo a 8 richiami scritti con relativo provvedimento disciplinare. Le non conformità che non hanno dato luogo a richiami sono state gestite secondo specifica procedura
E' stato seguito l'iter del procedimento come previsto dalla norma?	x		
Sono state eseguite le sanzioni previste?	x		
Sono stati effettuati avanzamenti di carriera?		X	
E' presente la valutazione del responsabile di funzione?	x		
Sono presenti gli elementi certi di valutazione in rapporto alle richieste del contratto di lavoro?	x		
E' presente la valutazione del DG?	x		

CECK LIST LISTE D'ATTESA-PR.29			
Domanda	SI	NO	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
CHECK LIST			
La documentazione sanitaria raccolta dalla Receptionist ai fini della valutazione risulta essere sempre completa?	x		
Capita spesso che sia necessario richiedere della documentazione integrativa per avere un quadro clinico più chiaro?		x	Sono stati richiesti aggiornamenti per le situazioni che presentavano profili di incertezza sull'appropriatezza del ricovero
La valutazione effettuata dal medico ai fini dell'inserimento nella lista d'attesa si basa su parametri prestabiliti e inequivocabili?	x		
La revisione della lista d'attesa viene effettuata da un soggetto diverso da chi accoglie le domande?	x		La valutazione pre ingresso è multidisciplinare; il medico valuta l'appropriatezza del ricovero l'assistente sociale la fragilità sociale. E' stata inserita una nuova figura in fase di accettazione ricoveri
Si sono verificate situazioni eccezionali che hanno comportato un inserimento d'emergenza?	x		
Nel caso di risposta precedente affermativa: esiste comprovata documentazione sanitaria avallata dalla Direzione Sanitaria?	x		Per tutte le situazioni urgenti è presente una relazione sia sanitaria che sociale effettuata da soggetti diversi

CECK LIST RAPPORTI CON I PRIVATI-PR.6-7-8			
Domanda	SI	NO	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
CHECK LIST			
In un momento successivo alla fase di accettazione amministrativa ai fini dell'inserimento in lista d'attesa è mai successo che ci siano stati fascicoli di ospiti presenti in struttura archiviati ma non completi?		x	L'impiego della cartella informatizzata abbatte completamente il rischio di incompletezza del fascicolo
Nella fase di valutazione sanitaria da parte del medico responsabile ai fini dell'emissione del parere di compatibilità viene ricontrollata la completezza della documentazione presente nel fascicolo dell'ospite?	x		
Ci sono stati casi di richiesta di integrazione della documentazione da parte del medico?	x		La richiesta di integrazione è finalizzata alla valutazione sanitaria. Pertanto i documenti vengono richiesti precedentemente alla fase di valutazione. Qualora trascorra un lasso di tempo che giustifica una variazione del quadro clinico dal momento dell'accoglimento della domanda di inserimento a quello di ingresso il medico richiede espressamente un aggiornamento prima dell'ingresso in struttura. Normalmente il servizio ricoveri richiede ogni sei mesi un aggiornamento della situazione personale della persona
La lista d'attesa viene periodicamente aggiornata sulla scorta delle mutate necessità dei richiedenti (decessi avvenuti nel frattempo o ricoveri in altre strutture)?	x		Semestralmente o su chiamata del richiedente il ricovero al bisogno

CECK LIST INCARICHI-PR 16			
Domanda	SI	NO	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
CHECK LIST			
Le richieste di fornitura sono state sottoposte all'attenzione del DG mediante apposito modulo debitamente compilato?	x		
Sono stati sottoposti al vaglio del DG almeno 3/5 preventivi?	x		E' in uso il regolamento per le forniture e gli acquisti prevedendo l'applicazione dei principi codicistici di rotazione e imparzialità
Si è ricorso alla piattaforma elettronica per la formulazione dei preventivi?	x		Si in tutti i casi in cui gli importi della fornitura lo giustificavano, anche al di sotto delle soglie che per legge lo prevedono
E' stata verificata la possibilità di ribasso?	x		Ogni procedura richiede un ribasso che, seppur minimo, ci deve essere.
Ci sono stati acquisti superiori a € 15.000,00 per i quali è prevista anche l'autorizzazione del CDA oltre a quella del DG?	x		Tutti gli incarichi sono passati in visione ed approvazione da parte del CdA
I fascicoli relativi alle forniture andate a buon fine sono completi di tutta la documentazione necessaria? (contratto, DUVRI, iscrizione CCIAA, preventivi comparati)?	x		
Ci sono stati acquisti per un valore superiore alla soglia comunitaria?		x	
Se si alla domanda precedente:è stato predisposto e pubblicato il bando di gara?			
E' stata nominata la commissione aggiudicatrice?			
Ci sono stati casi in cui la documentazione richiesta per l'aggiudicazione non fosse completa?			
Il faldone denominato "ordini evasi" viene costantemente aggiornato in modo da consentire l'abbinamento con la relativa fattura?	x		
L'elenco dei fornitori qualificati predisposto a cura del RQ viene riesaminato periodicamente ?	x		Annualmente si aggiorna qualora ci fossero nuovi fornitori
Relativamente alla valutazione dei fornitori vengono rivalutati periodicamente i parametri prestabiliti: qualità pdt., rispetto tempi di consegna, flessibilità, reclami..?	x		Annualmente

CECK LIST APPROVVIGIONAMENTO BENI E SERVIZI-PR.16			
Domanda	SI	NO	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
CHECK LIST			
Le richieste di fornitura sono state sottoposte all'attenzione del DG mediante apposito modulo debitamente compilato?	x		
Sono stati sottoposti al vaglio del DG almeno 3/5 preventivi?	x		
Si è ricorso alla piattaforma elettronica per la formulazione dei preventivi?	x		
E' stata verificata la possibilità di ribasso?	x		Sempre
Ci sono stati acquisti superiori a € 15.000,00 per i quali è prevista anche l'autorizzazione del CDA oltre a quella del DG?	x		Il Consiglio viene informato riguardo a tutte le procedure di importo consistente e che riguardino il piano investimenti dallo stesso approvato
I fascicoli relativi alle forniture andate a buon fine sono completi di tutta la documentazione necessaria? (contratto, DUVRI, iscrizione CCIAA, preventivi comparati)?	x		
Ci sono stati acquisti per un valore superiore alla soglia comunitaria di € 150.000,00?	x		
Se si alla domanda precedente:è stato predisposto e pubblicato il bando di gara?	x		
E' stata nominata la commissione aggiudicatrice?	x		
Ci sono stati casi in cui la documentazione richiesta per l'aggiudicazione non fosse completa?		x	
L'acquisto di stupefacenti ha seguito l'iter previsto (carta intestata in triplice copia, dati ditta fornitrice, ordine progressivo, descrizione, firma e timbro del Responsabile Sanitario)	x		
E' stata regolarmente verificata nella fase di evasione dell'ordine la corrispondenza tra la bolla di accompagnamento e la merce effettivamente consegnata?	x		
Il DDT perviene entro i termini previsti all'ufficio acquisti in modo da poter verificare eventuali incongruenze e evadere l'ordine nel gestionale aziendale?	x		
Il faldone denominato "ordini evasi" viene costantemente aggiornato in modo da consentire l'abbinamento con la relativa fattura?	x		
L'elenco dei fornitori qualificati predisposto a cura del RQ viene riesaminato periodicamente ?	x		Annualmente si aggiorna qual'ora ci fossero nuovi fornitori
Relativamente alla valutazione dei fornitori vengono rivalutati periodicamente i parametri prestabiliti: qualità pdt., rispetto tempi di consegna, flessibilità, reclami..?	x	54	Annualmente

CECK LIST GESTIONE PROTOCOLLO, ARCHIVIO E DELIBERE-PR.1			
Domanda	SI	NO	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
CHECK LIST			
L'accesso al protocollo è limitato solo ad alcuni utenti autorizzati?	x		
Il registro del protocollo presenta buchi nella numerazione progressiva?		x	
Il registro dei Verbali del Consiglio di Amministrazione è stato monitorato almeno una volta dal Collegio dei Revisori durante le loro verifiche trimestrali?	x		

CECK LIST INDENNIZZI, RISARCIMENTI E RIMBORSI-PR.98			
Domanda	SI	NO	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
CHECK LIST			
Relativamente ai rimborsi liquidati ai dipendenti sono facilmente reperibili le pezze giustificative portate a supporto della richiesta di rimborso?	x		
C'è corrispondenza tra le richieste di rimborso spese da parte dei dipendenti e le giornate lavorative?	x		
Tutte le richieste di rimborso riportano l'autorizzazione del DG?	x		
Si sono verificate nell'anno richieste di indennizzo da parte di dipendenti?		x	
Relativamente agli indennizzi e sinistri viene rispettata la modalità prescelta per la comunicazione degli stessi?	x		
Qualora ci siano state richieste di indennizzo si sono rivelate insanabili tanto da sfociare in contenziosi giudiziari?		x	
Nel caso di segnalazione di sinistro è stato contattato tempestivamente il broker assicurativo?	x		Al broker vengono comunicate in via cautelativa situazioni che potrebbero scaturire in una segnalazione di sinistro, non appena si viene a conoscenza dell'evento.

CECK LIST PREDISPOSIZIONE BILANCI E RELAZIONI ACCOMPAGNATORIE-PR.96			
Domanda	SI	NO	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
CHECK LIST			
Si sono tenute regolarmente le verifiche periodiche del Collegio dei Revisori Contabili?	X		TRIMESTRALMENTE
Durante le verifiche trimestrali dei Revisori Contabili sono state riscontrate e segnalate irregolarità nella tenuta della contabilità aziendale?		X	SOLO PICCOLE MODIFICHE/SUGGERIMENTI
Sono stati predisposti per tempo i rendiconti economici trimestrali da sottoporre al Consiglio di amministrazione al fine di monitorare l'andamento aziendale e consentire di effettuare scelte ponderate e consapevoli sulla programmazione delle attività e degli acquisti?	X		Per tutto l'anno è stato monitorato l'andamento con la predisposizione dei bilanci trimestrali e giornalmente l'andamento del reparto Hospice seppur in netta ripresa già del 2023. Con il Bilancio al 30/09 è stata posta l'attenzione sull'iperproduzione Unità di offerta Hospice già evidente dal semestre con l'inserimento nel Bilancio al 30/09 di un accantonamento a parziale copertura del gap tra il budget assegnato per l'anno 2025 e la proiezione della produzione a flusso.
Oltre al dato economico è stato proposto un documento che riassume i punti di forza/criticità del trimestre?	X		
Sono state poste obiezioni particolari dal Collegio dei Revisori durante l'esposizione delle situazioni economiche periodiche? Se sì quali?		X	
Sono state effettuate delle dismissioni di cespiti?		X	
Se si è risposto sì alla domanda precedente: è stato seguito l'iter per la dismissione (identificazione nel libro cespiti, passaggio in Consiglio di amministrazione e predisposizione documenti per la dismissione ed eventuale smaltimento presso il centro di raccolta)			
E' stata verificata la corrispondenza tra il libro cespiti e le risultanze dello Stato Patrimoniale?	X		

CECK LIST GESTIONE CASSA ECONOMALE-97			
Domanda	SI	NO	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
CHECK LIST			
Ad ogni uscita rilevata sul registro corrisponde una richiesta debitamente compilata e autorizzata dalla Direzione?	X		
Il registro cartaceo della cassa è tenuto costantemente aggiornato?	X		
Le uscite registrate in contabilità sono tutte accompagnate da documenti giustificativi congrui?	X		
Le uscite di cassa sono tutte inerenti l'attività aziendale?	X		
Durante le varifiche trimestrali del Collegio dei Revisori sono mai emersi rilievi degni di nota sulla tenuta della cassa economale?		X	