



ASMT Tortona S.p.A.

<http://www.asmt.it>

DOCUMENTO	PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA
ID	PTPCT-32-04
RIFERIMENTI	Sistema di Gestione
REVISIONE	Rev. 05 del 23/01/2024

2024-2026

Il Responsabile
Prevenzione della Corruzione e
della Trasparenza
Paola Sala

CONTROLLO DEL DOCUMENTO

TABELLA DI CONTROLLO DELLE REVISIONI		
REVISIONE	DATA	CAUSALE
00	17/12/2019	Prima emissione a seguito di riorganizzazione del sistema documentale aziendale
01	27/01/2021	Aggiornamento a seguito di nuovo assetto societario e per l'aggiornamento delle parti inerenti le previsioni del PNA 2019
02	23/03/2021	Aggiornamento a seguito di riorganizzazione del sistema documentale aziendale e del nuovo assetto societario
03	17/01/2022	Aggiornamento del cap. 8.9 riguardo le modalità ed i canali di segnalazione degli illeciti; inserita la passibilità di utilizzo del canale informatizzato (piattaforma dedicata)
04	25/01/2023	Aggiornamento del cap. 6.2 obiettivi per la prevenzione dei reati, del cap. 8.4.2 trasparenza e per l'aggiornamento delle parti inerenti le previsioni del PNA 2022
05	23/01/2024	Aggiornamento e adeguamento del PTCPT agli ultimi obblighi normativi ed aggiornamento del cap. 8.9 riguardo le modalità ed i canali di segnalazione degli illeciti

TABELLA DI CONTROLLO DELL'EMISSIONE	
REDAZIONE	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza

TABELLA DI CONTROLLO DELL'AGGIORNAMENTO E DELLA STAMPA
L'ultima versione di questo documento può essere scaricata dai destinatari autorizzati dalla intranet aziendale o può essere ottenuto mediante richiesta da indirizzare, tramite e-mail, al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza. L'aggiornamento della copia cartacea è a cura del destinatario, essendo la versione elettronica il documento oggetto di controllo della revisione. La stampa di questo documento deve essere limitata allo stretto indispensabile.

TABELLA DI CONTROLLO DELLA CLASSIFICAZIONE DEL DOCUMENTO
Questo documento non è classificato.

SOMMARIO

0.	INTRODUZIONE	6
1.	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	6
	1.1 GENERALITA'.....	6
	1.2 STRUTTURA DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	6
2.	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	7
3.	TERMINI E DEFINIZIONI	7
4.	CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE.....	8
	4.1 COMPRENDERE L'ORGANIZZAZIONE E IL SUO CONTESTO	8
	4.2 COMPRENDERE LE NECESSITA' E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE ..	9
	4.2.1 <i>ASPETTATIVE DEGLI STAKEHOLDERS.....</i>	<i>9</i>
	4.2.2 <i>REQUISITI APPLICABILI</i>	<i>10</i>
	4.3 DESTINATARI PTPCT	12
	4.4 PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE	12
	4.4.1 <i>APPROCCIO AL MIGLIORAMENTO CONTINUO.....</i>	<i>12</i>
	4.4.2 <i>APPROCCIO PER PROCESSI</i>	<i>13</i>
	4.4.3 <i>INTEGRAZIONE DEL PTPCT CON IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E</i>	
	<i>GESTIONE</i>	<i>14</i>
5.	LEADERSHIP	14
	5.1. LEADERSHIP E IMPEGNO	14
	5.2. CODICE DI COMPORTAMENTO.....	15
	5.3. RUOLI, RESPONSABILITÀ E AUTORITÀ NELL'ORGANIZZAZIONE	16
	5.3.1. <i>GENERALITA'</i>	<i>16</i>
	5.3.2. <i>GOVERNANCE E SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO.....</i>	<i>16</i>
	5.3.3. <i>SISTEMA ORGANIZZATIVO.....</i>	<i>17</i>
	5.3.4. <i>RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA</i>	<i>17</i>
	5.3.5. <i>REFERENTE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA.....</i>	<i>18</i>
	5.3.6. <i>ORGANISMO INDIPEDENTE DI VALUTAZIONE</i>	<i>18</i>
	5.3.7. <i>ORGANISMO DI VIGILANZA</i>	<i>18</i>
6.	PIANIFICAZIONE	19
	6.1. AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI E OPPORTUNITA'	19
	6.1.1. <i>MODELLO DI GESTIONE DEL RISCHIO.....</i>	<i>19</i>
	6.1.2. <i>VALUTAZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO ESTERNO</i>	<i>20</i>
	6.1.3. <i>VALUTAZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO INTERNO E MAPPATURA</i>	
	<i>DEI PROCESSI.....</i>	<i>20</i>
	6.1.4. <i>INDIVIDUAZIONE DEGLI SCENARI DI RISCHIO</i>	<i>23</i>
	6.1.5. <i>ANALISI DEL LIVELLO DI RISCHIO</i>	<i>23</i>
	6.1.6. <i>PONDERAZIONE DEL RISCHIO.....</i>	<i>23</i>

6.1.7.	TRATTAMENTO DEL RISCHIO.....	23
6.2.	OBIETTIVI PER LA PREVENZIONE DEI REATI	24
7.	SUPPORTO	26
7.1.	RISORSE	26
7.1.1.	GENERALITA'	26
7.1.2.	RISORSE INFRASTRUTTURALI IT	26
7.1.3.	RISORSE FINANZIARIE	26
7.2.	COMPETENZE	27
7.2.1.	GENERALITA'	27
7.2.2.	PROCESSO DI ASSUNZIONE	27
7.2.3.	SISTEMA PREMIANTE	28
7.2.4.	SISTEMA DISCIPLINARE.....	28
7.2.5.	OSSERVANZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO E DEL PTPCT	28
7.3.	CONSAPEVOLEZZA	28
7.4.	COMUNICAZIONE.....	29
7.5.	INFORMAZIONI DOCUMENTATE.....	29
7.5.1.	GENERALITA'.....	29
7.5.2.	CREAZIONE E AGGIORNAMENTO.....	30
7.5.3.	CONTROLLO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE.....	30
8.	ATTIVITA' OPERATIVE.....	30
8.1.	PIANIFICAZIONE E CONTROLLI OPERATIVI	30
8.2.	DUE DILIGENCE.....	31
8.3.	CONTROLLI OPERATIVI FINANZIARI.....	31
8.4.	CONTROLLI OPERATIVI NON FINANZIARI	32
8.4.1.	GENERALITA'.....	32
8.4.2.	TRASPARENZA	32
8.4.3.	ACCESSO.....	33
8.4.4.	ROTAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLE AREE A RISCHIO CORRUZIONE.....	34
8.4.5.	ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE	34
8.4.6.	SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO, ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI.....	35
8.4.7.	CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI PARTICOLARI ATTIVITA' O INCARICHI PRECEDENTI (PANTOUFLAGE O REVOLVING DOORS) .	35
8.4.8.	SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE O REVOLVING DOORS)	36
8.4.9.	CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.....	36
8.5.	CONTROLLI OPERATIVI SUGLI OPERATORI ECONOMICI.....	36
8.5.1.	FORNITORI	36
8.5.2.	COLLABORATORI ESTERNI.....	37
8.6.	IMPEGNO PER LA PREVENZIONE DA PARTE DELLE SOCIETA' CONTROLLATE	37
8.7.	REGALI, OSPITALITA', DONAZIONI E SIMILI BENEFICI	37

8.7.1. IN ENTRATA	37
8.7.2. IN USCITA	37
8.8. GESTIONE DELL'INADEGUATEZZA DEI CONTROLLI OPERATIVI.....	37
8.9. SEGNALAZIONE DI SOSPETTI (WHISTLEBLOWING)	37
8.10. INDAGINI INTERNE	39
8.11. SISTEMA DISCIPLINARE	40
9. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	40
9.1. MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E STIMA.....	40
9.1.1. GENERALITA'	40
9.1.2. RELAZIONE DEL RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA	40
9.2. AUDIT INTERNI	41
9.3. RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE	41
9.3.1. RIESAME DA PARTE DELL'ALTA DIREZIONE	41
9.3.2. RIESAME DA PARTE DELL'ORGANO DI GOVERNO	42
9.4. RIESAME DA PARTE DEL RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE	42
10. MIGLIORAMENTO	43
10.1. NON CONFORMITA' E AZIONI CORRETTIVE.....	43
10.2. MIGLIORAMENTO CONTINUO	43

0. INTRODUZIONE

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” definisce a carico della Pubblica Amministrazione e degli Enti Pubblici Economici l’obbligo di adottare e di tenere aggiornato uno specifico Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT).

ASMT Tortona S.p.A. (di seguito: Azienda) per la sua natura di ente pubblico economico rientra tra gli enti destinatari del provvedimento di cui sopra. Il presente PTPCT, riferito al triennio 2024-2026, è redatto in conformità alle normative vigenti, emanati in materia.

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

1.1 GENERALITA’

Il PTPCT rappresenta lo strumento attraverso il quale l’Azienda sistematizza e descrive un “modello organizzativo e di gestione” articolato in processi tra loro collegati concettualmente e temporalmente che è finalizzato a prevenire il fenomeno corruttivo. Rientrano nella nozione di fenomeno corruttivo i seguenti reati:

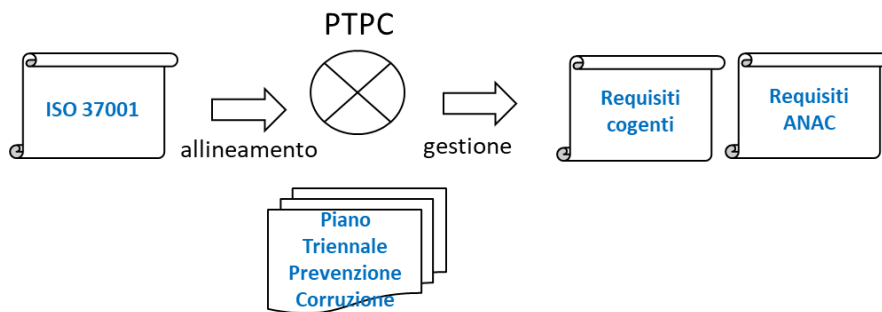
- a) Corruzione per l’esercizio della funzione (art. 318 c.p.);
- b) Corruzione per un atto contrario ai doveri d’ufficio (art. 319 c.p.);
- c) Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (art. 320 c.p.);
- d) Istigazione alla corruzione (art. 322 c.p.);
- e) Concussione (art. 317 c.p.);
- f) Indebita induzione a dare o promettere utilità (art. 319-quater c.p.);
- g) Peculato (art. 314 c.p.);
- h) Peculato mediante profitto dell’errore altrui (art. 316 c.p.);
- i) Abuso d’ufficio (art. 323 c.p.);
- j) Rifiuto di atti d’ufficio. Omissione (art. 328 c.p.);
- k) Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità (art. 331 c.p.);
- l) Peculato, concussione, induzione indebita a dare o promettere utilità, corruzione e istigazione alla corruzione di membri della Corte penale internazionale o degli organi delle Comunità europee e di funzionari delle Comunità europee e di Stati esteri (Art. 322-bis);
- m) istigazione alla corruzione tra privati, art. 2635-bis c.c. (D.Lgs 15.03.2017 n.38, che ha novellato l’art. 2635 c.c).

Più in generale mediante l’adozione del PTPCT l’Azienda intende prevenire tutte quelle potenziali situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, potrebbe emergere un malfunzionamento dell’Azienda stessa a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite, ovvero l’inquinamento dell’azione amministrativa “ab externo”; questo sia che tale azione si realizzi compiutamente sia nel caso in cui si configuri un mero tentativo.

1.2 STRUTTURA DEL PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE

Il documento che descrive il PTPCT è stato strutturato facendo riferimento allo standard ISO 37001 recante requisiti per un sistema di gestione per la prevenzione della corruzione.

Figura 1 – Allineamento della struttura del PTPCT allo standard ISO 37001



Questo al fine di facilitare la gestione dinamica ed operativa dei requisiti applicabili al PTPCT mediante l'utilizzo dell'approccio e delle funzionalità tipiche dei sistemi di gestione conformi agli standard ISO.

2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Il presente documento è stato predisposto facendo riferimento ai requisiti di seguito elencati:

- Legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”
- Linee guida dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione applicabili alla predisposizione dei Piani Triennale per la Prevenzione della Corruzione;
- Standard ISO 37001 applicabile ai sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione;
- Piano nazionale anticorruzione (PNA 2022) per il triennio 2023-2025.
- Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 - Aggiornamento 2023 PNA 2022;
- D.lgs. 33/2013 (il cd. Decreto Trasparenza), così come modificato dal D.lgs. 97/2016;
- Delibera n. 1310/2016 “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, e la Delibera n. 1309/2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013”. Inoltre, rileva il D.lgs. 39/2013 in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi.

3. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta la definizione degli acronimi utilizzati nel presente documento:

- ANAC: Autorità Nazionale Anti Corruzione;
- FOIA: Freedom of Information Act (in conformità al D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97)
- PNA: Piano Nazionale Anticorruzione;
- PTPCT: acronimo di Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza;
- OIV: Organismo Indipendente di Valutazione (ai sensi della L. 241/90);
- OdV: Organismo di Vigilanza (ai sensi del d.lgs. 231/01);
- RPCT: Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza;

Si riporta la definizione dei termini utilizzati nel presente documento:

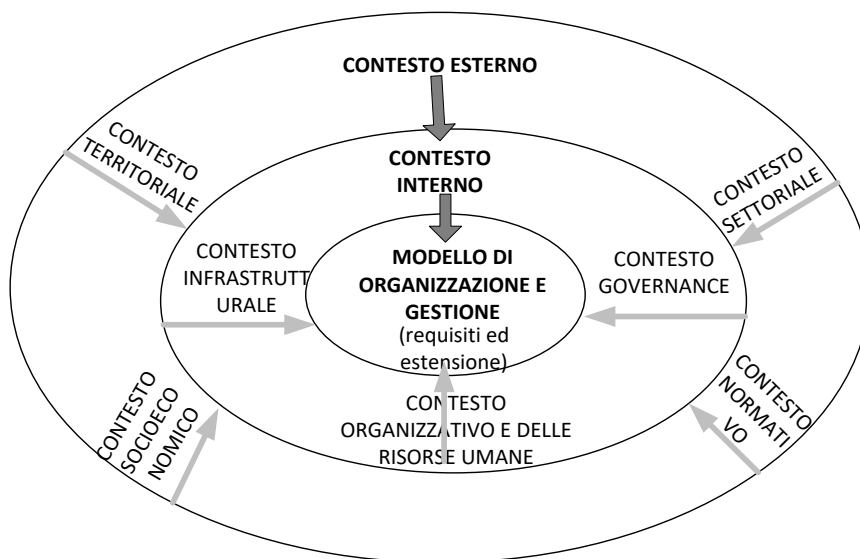
- Organizzazione: insieme di persone e mezzi, con definite responsabilità, autorità e interrelazioni (ISO 9000);
- Struttura organizzativa: insieme di responsabilità, autorità e interrelazioni tra persone (ISO 9000);
- Processo: insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in ingresso in elementi in uscita (ISO 9000);
- Politica: orientamento formalizzato dalla direzione aziendale in merito a specifiche aree o tematiche gestionali (ISO 9000);
- Procedura: modo specificato per svolgere un'attività o un processo (ISO 9000);
- Gestione del Rischio (Risk Management): attività coordinate per dirigere e controllare un'organizzazione relativamente al rischio (ISO 31000);
- Rischio: effetto dell'incertezza sugli obiettivi (ISO 31000);
- Trattamento del rischio: processo per modificare il rischio (ISO 31000);
- Controllo: misura che modifica il rischio (ISO 31000);
- "titolare del rischio": la persona con la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio (ISO 31000).

4. CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

4.1 COMPRENDERE L'ORGANIZZAZIONE E IL SUO CONTESTO

L'Azienda ha come missione strategica l'erogazione di servizi di pubblica utilità come descritto nel sito internet dell'Azienda. L'Azienda opera nel territorio di Tortona (Alessandria) e territori limitrofi. L'Azienda fa parte di un gruppo di società alla quale fa capo la holding ASM Voghera S.p.A.

Figura 2 – contesto di riferimento e determinazione del modello di organizzazione e gestione.



La valutazione del contesto aziendale di riferimento, svolta in sede di valutazione del rischio, costituisce quindi anche la fonte dei principali rischi di commissione dei reati presupposto previsti dal d.lgs. 231/01 (la valutazione del contesto di riferimento è riportata nel documento “Manuale di Gestione del Rischio, documento a cui si rimanda).

4.2 COMPRENDERE LE NECESSITA’ E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE

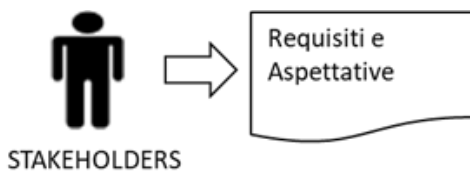
4.2.1 ASPETTATIVE DEGLI STAKEHOLDERS

L’Organizzazione ha individuato le principali categorie di portatori di interesse (“stakeholders”) coinvolte nella prevenzione dei reati previsti dalla L.190/12.

TABELLA DEGLI STAKEHOLDERS		
PORTATORE DI INTERESSE	COINVOLGIMENTO	ESIGENZE E ASPETTATIVE
Proprietà (Organo Politico)	Detiene il controllo dell’Azienda e ne definisce la governance.	Assicurare mantenimento del valore rappresentato dall’Azienda nel suo complesso. Evitare impatti negativi anche di carattere reputazionale derivanti dalla commissione o tentata commissione di reati di corruzione o comunque da comportamenti contrari alla trasparenza e alla correttezza amministrativa.
Alta Direzione Organo di Governo	Dirige e controlla l’Organizzazione assicurando la conformità normativa, la prevenzione dei rischi e la corretta assegnazione di ruoli e responsabilità.	Assicurare la conformità dell’Organizzazione ai requisiti applicabili in materia di anticorruzione. Valutare e trattare i rischi in materia di commissione dei reati di corruzione. Definire e attribuire ruoli e responsabilità in materia di prevenzione dei reati presupposto entro l’Organizzazione e verso soggetti esterni che trattano dati per conto dell’Organizzazione stessa.
Personale dipendente	Svolge attività correlate alle mansioni di competenza.	Ricevere formazione per comprendere scopo e campo di applicazione del PTPCT. Ricevere sensibilizzazione sui rischi e sulle misure tecnico organizzative (controlli operativi) in materia di prevenzione dei reati di corruzione. Essere chiaramente informato in merito alle conseguenze della violazione del Codice di Comportamento.
Fornitori	Eroga prestazioni all’Organizzazione	Ricevere dall’Alta Direzione chiari indirizzi di comportamento in merito alla necessità di prevenire la commissione di reati di corruzione o di comportamenti contrari alla trasparenza nei

		rapporti con l'Organizzazione.
Clienti	Riceve prestazioni dall'Organizzazione	Ricevere dall'Organizzazione i servizi da questa erogata nel rispetto di principi di legalità e di trasparenza.
Organismo di Vigilanza	Vigila sul MOG adottato dall'Organizzazione,	Valutare l'adeguatezza e la corretta applicazione del MOG 231 per la prevenzione dei reati di corruzione in funzione del contesto di riferimento dell'Organizzazione.
Organismo Indipendente di Valutazione	Vigila sugli obblighi del RPCT	Vigilare sull'adempimento degli obblighi del RPCT.

Figure 3 – stakeholder e relative aspettative sul modello di organizzazione e gestione.

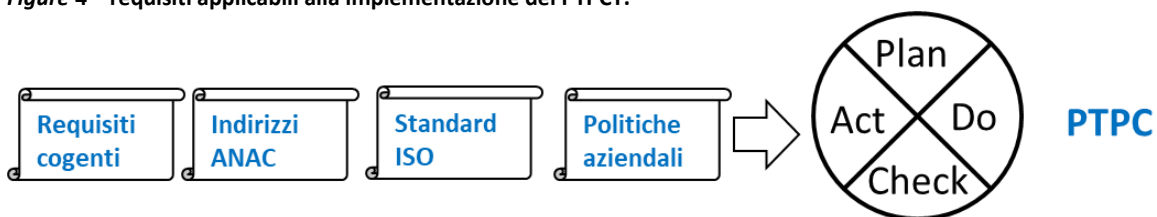


4.2.2 REQUISITI APPLICABILI

In funzione delle aspettative degli stakeholders, l'Azienda individua i requisiti applicabili all'implementazione del proprio PTPCT. Tali requisiti fanno riferimento alle seguenti fonti:

- Norme cogenti, ad iniziare dalla stessa L. 190/12;
- Linee di indirizzo emanate dall'ANAC;
- Standard tecnici quali gli standard ISO e norme di buona prassi in generale;
- disposizioni interne all'Azienda, incluse politiche, regolamenti, etc.

Figure 4 – requisiti applicabili alla implementazione del PTPCT.



Si riporta un estratto del registro dei principali requisiti cogenti applicabili al PTPCT.

TABELLA REGISTRO DEI REQUISITI COGENTI APPLICABILI AL PTPCT	
DISPOSITIVO	TITOLO
Legge	Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"
Decreto Presidente Repubblica	DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 16 aprile 2013, n. 62 Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Decreto Legislativo	DECRETO LEGISLATIVO 8 aprile 2013, n. 39 Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190
decreto legislativo	decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 "recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione pubblicità e trasparenza correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"
Decreto legislativo	D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.
Decreto legislativo	D.lgs. 8 giugno 2001 n. 231 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica a norma dell'art. 11 della legge 29 settembre 2000 n. 300".
Legge	L. 30 novembre 2017, n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato".

Si riporta un estratto del registro dei principali requisiti ANAC applicabili al PTPCT.

TABELLA REGISTRO REQUISITI ANAC APPLICABILI AL PTPCT https://www.anticorruzione.it	
DISPOSITIVO	TITOLO
Delibera CIVIT n.72/2013	In data 11 settembre 2013, l'Autorità nazionale anticorruzione ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione, ai sensi dell'art. 1, comma 2 lett. b) della legge n. 190/2012.
Determinazione n. 12 del 28/10/2015	In seguito alle modifiche intervenute con il d.l. 90/2014, convertito, con modificazioni dalla l. 114/2014, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato l'aggiornamento del PNA con la - rif. Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione
Determinazione n. 831 del 03/08/2016.	In data 3 agosto 2016, l'Autorità Nazionale Anticorruzione, in virtù dell'art. 1, co. 2-bis della l. 190/2012, introdotto dal d.lgs. 97/2016, approva il Piano Nazionale Anticorruzione 2016
Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017	Il Consiglio dell'Autorità ha approvato l'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione 2016
Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018	Il Consiglio dell'Autorità approva in via definitiva l'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione
Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019	Il Consiglio dell'Autorità approva in via definitiva il Piano Nazionale Anticorruzione 2019
Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023	Il Consiglio dell'Autorità approva in via definitiva l'Aggiornamento 2022 al Piano Nazionale Anticorruzione

Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023	Il Consiglio dell’Autorità approva in via definitiva l’Aggiornamento 2023 al Piano Nazionale Anticorruzione
--------------------------------------	---

Si riporta un estratto del registro dei principali requisiti tecnici applicabili al PTPCT.

TABELLA REGISTRO REQUISITI TECNICI APPLICABILI AL PTPCT	
DISPOSITIVO	TITOLO
Standard ISO	Standard ISO 19600:2014 “Compliance Management Systems –guidelines”.
Standard ISO	Standard UNI ISO 31000:2018 “Gestione del rischio – linea guida”
Standard ISO	Standard UNI ISO 37001:2016 “Sistemi di Gestione per la Prevenzione della Corruzione – requisiti e guida all’utilizzo”
Linee Guida	Linee guida e best practices Global Infrastructure Anti Corruption Center (GIACC) http://www.giaccentre.org

4.3 DESTINATARI PTPCT

Destinatario del presente Piano è tutto il personale dipendente Aziendale, sia con rapporto di lavoro a tempo indeterminato sia determinato, a tempo pieno e a tempo parziale. Inoltre, il presente piano, e tutti i suoi allegati richiamati, si applica ai collaboratori o ai consulenti ed ai dipendenti o i collaboratori di imprese e ditte fornitrici di beni o servizi.

Rientrano, inoltre, tra i soggetti destinatari del PTPCT:

1. Organo di Governo;
2. Alta Direzione e altri soggetti in posizione apicale.

Figure 5 – destinatari del PTPCT



4.4 PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE

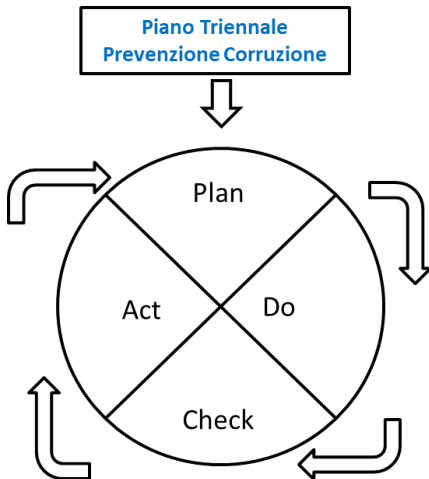
4.4.1 APPROCCIO AL MIGLIORAMENTO CONTINUO

Il PTPCT adotta il noto approccio al miglioramento continuo rappresentato dal ciclo “PDCA” (Plan – Do – Check – Act) in quanto metodologia universalmente utilizzata per assicurare che un sistema di gestione aziendale:

- Sia adeguatamente pianificato in tutti i suoi componenti, inclusa la relativa architettura documentale (politiche, procedure, etc.);
- Sia efficacemente attuato in conformità a quanto pianificato, incluso il sistematico monitoraggio delle prescrizioni cogenti applicabili;

- Sia sistematicamente verificato per assicurare la conformità a quanto pianificato e riesaminato per assicurare l'adeguamento di quanto pianificato a variazioni significative del contesto di riferimento;
- Sia continuamente aggiornato e migliorato con riferimento alle opportunità e alle criticità evidenziate nei punti precedenti.

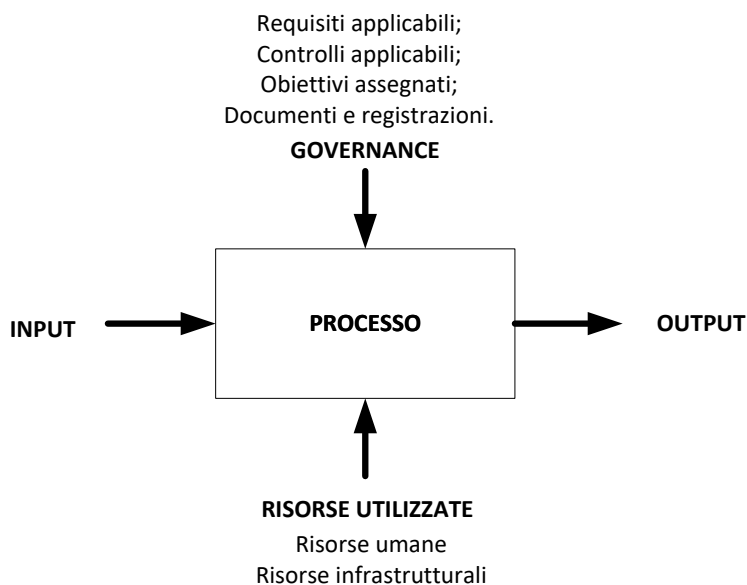
Figure 6 – ciclo PDCA per l'implementazione del PTPCT



4.4.2 APPROCCIO PER PROCESSI

Il PTPCT adotta, in conformità alle linee guida ANAC, un approccio per processi al fine di assicurare che questi sia adeguato al contesto di riferimento aziendale e che sia efficacemente e sistematicamente applicato.

Figure 7 – approccio per processi e procedure del modello di organizzazione e gestione



I processi in cui si articola il PTPCT sono individuati, pianificati e documentati da specifiche procedure. Tali procedure costituiscono parte integrante del PTPCT.

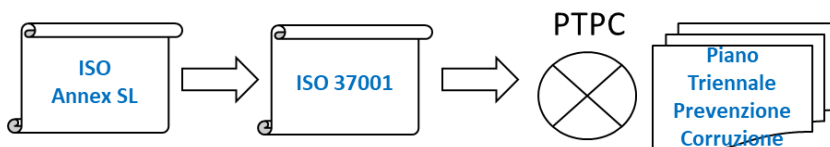
4.4.3 INTEGRAZIONE DEL PTPCT CON IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE

L'Azienda ha adottato un Modello di Organizzazione e Gestione in conformità al d.lgs. 231/01. Il Modello di Organizzazione e Gestione fa parte ed è stato integrato nel più generale Sistema di Gestione aziendale, sistema di gestione che comprende anche sistemi di gestione adottati in conformità ai principali standard ISO. Questo in un'ottica di perseguimento di obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità gestionale.

In conformità alle indicazioni dell'ANAC, l'Azienda ha provveduto a integrare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione con il Modello di Organizzazione e Gestione.

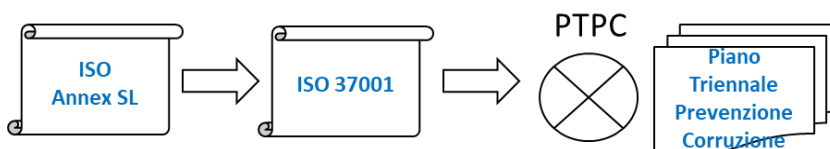
In particolare, l'Azienda ha provveduto a strutturare il Modello di Organizzazione e Gestione ai sensi del d.lgs. 231/01 in conformità allo standard ISO 19600 recante linee guida per la gestione della compliance.

Figure 8 – struttura del MOG 231 basata sulle linee guida dello standard ISO 19600



Il PTPCT è stato strutturato facendo riferimento ai requisiti dello standard ISO 37001 sui sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione.

Figure 9 – struttura del PTPCT basata sui requisiti dello standard ISO 37001.



Lo standard ISO Annex SL fornisce le linee guida emanate dall'ISO che sono applicabili alla pianificazione, attuazione, monitoraggio e miglioramento continuo di tutti i sistemi di gestione dei principali standard ISO. Mediante l'adozione di una struttura comune a tutti i sistemi di gestione, l'Azienda assicura l'integrabilità e la facilità di aggiornamento del PTPCT e del MOG 231.

5. LEADERSHIP

5.1. LEADERSHIP E IMPEGNO

L'Organo Amministrativo e l'Alta Direzione, in quanto figure apicali, dimostrano il proprio impegno per l'implementazione del PTPCT assicurando:

- Che sia adottato, formalizzato e comunicato un Codice di Comportamento;
- Che i requisiti cogenti siano integrati nei processi aziendali;

- c) Che le risorse necessarie per il PTPCT siano rese disponibili;
- d) Che l'importanza di un'efficace applicazione del PTPCT sia chiaramente comunicata;
- e) Che il PTPCT persegua i risultati attesi;
- f) Che le persone destinatarie del PTPCT siano dirette e supportate per contribuire all'efficacia PTPCT;
- g) Che sia perseguito il miglioramento continuo del PTPCT adottato, sia relativamente all'adeguatezza sia relativamente all'applicazione;
- h) Che i soggetti destinatari del PTPCT siano supportati al fine di consentire la corretta applicazione del PTPCT stesso nello svolgimento delle attività e dei processi di competenza.

5.2. CODICE DI COMPORTAMENTO

L'Alta Direzione ha predisposto un Codice di Comportamento che riporta i principi di comportamento che i destinatari dello stesso devono osservare e fare osservare per la parte di loro competenza. In particolare, il Codice di Comportamento definisce degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori dell'Azienda, dei titolari di organi e di incarichi nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'Azienda.

Figure 10 – Codice di Comportamento e destinatari

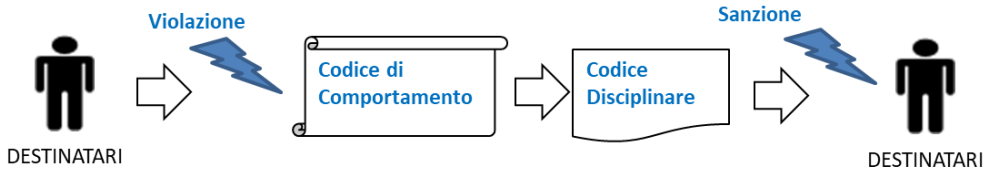


A tale scopo il Codice di Comportamento:

- a) È stato definito in funzione del contesto aziendale;
- b) Definisce il quadro di riferimento per la definizione degli obiettivi di prevenzione dei reati di corruzione;
- c) Include l'impegno a soddisfare i requisiti normativi applicabili al contesto aziendale con riferimento alle disposizioni della L.190/12;
- d) Include l'impegno al miglioramento continuo del PTPCT adottato;
- e) È redatto in forma documentale;
- f) È comunicato in ambito aziendale;
- g) È reso disponibile alle terze parti destinatarie secondo modalità appropriate;
- h) Prevede espressamente l'obbligo di rispettare le misure contenute nel PTPCT e di prestare collaborazione nei confronti del responsabile della prevenzione.

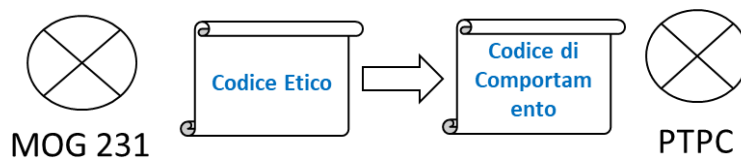
Nessun destinatario del Codice di Comportamento qualsiasi sia il ruolo o l'incarico ricoperto, può derogare o far derogare a tali principi, anche qualora tale deroga sia fatta in buona fede e con l'intento di perseguire interessi o vantaggi per l'Azienda stessa, anche di consistente rilevanza. In caso di violazioni del Codice di Comportamento da parte dei destinatari, l'Azienda applica provvedimenti disciplinari come descritto nel documento "Codice Disciplinare".

Figure 11 – Codice di Comportamento e Codice Disciplinare



Il Codice di Comportamento è richiamato dal Codice Etico adottato nell’ambito del Modello di Organizzazione e Gestione ai sensi del d.lgs. 231/01.

Figure 12 – Codice di Comportamento e Codice Etico



5.3. RUOLI, RESPONSABILITÀ E AUTORITÀ NELL’ORGANIZZAZIONE

5.3.1. GENERALITA’

L’Azienda definisce e comunica le responsabilità e le autorità per la sistematica e puntuale applicazione del PTPCT e per il mantenimento della sua adeguatezza in funzione del contesto aziendale di riferimento.

A tale scopo l’Azienda definisce sia il proprio modello di Governance sia il proprio sistema organizzativo.

Il RPCT è affiancato dall’Assistente per la prevenzione della corruzione; inoltre, i responsabili di funzione, hanno il compito di assicurare la concreta attuazione delle misure di prevenzione previste, coadiuvando ed assicurando il rispetto delle misure descritte nel presente piano.

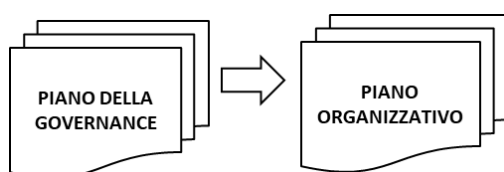
Tutto il personale ed i collaboratori a qualsiasi titolo sono tenuti al rispetto delle direttive e delle prescrizioni contenute nel PTPCT.

L’azione sinergica di tutti i soggetti coinvolti permette l’effettiva attuazione delle misure di prevenzione previste.

5.3.2. GOVERNANCE E SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO

L’Organo di Governo ha predisposto nel “Piano della Governance”, (documento redatto a livello di gruppo societario), a cui si rimanda, i meccanismi di formazione della volontà societaria (poteri di indirizzo) ed i meccanismi di controllo interno.

Figure 13 – Piano della Governance

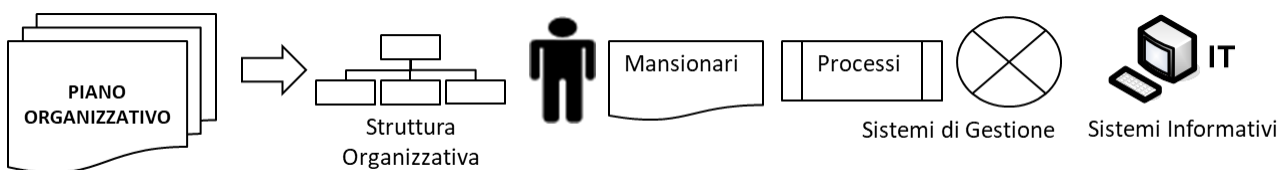


Il Piano della Governance fornisce quindi il contesto mediante cui l'Alta Direzione indirizza e controlla il sistema organizzativo aziendale al fine di perseguire gli obiettivi strategici. In particolare, il Piano della Governance riporta anche la descrizione del sistema di Controllo Interno adottato dall'Azienda e che indirizza anche la gestione dei rischi ("risk management"), la gestione della conformità normativa ("compliance management") e le attività di internal auditing.

5.3.3. SISTEMA ORGANIZZATIVO

L'Azienda ha predisposto nel "Piano Organizzativo Aziendale" (documento redatto a livello di gruppo societario) a cui si rimanda, il proprio assetto organizzativo.

Figure 14 – Piano Organizzativo Aziendale



Tale documento definisce la struttura organizzativa (sociogramma e organigramma), ruoli e responsabilità delle funzioni e delle posizioni organizzative, sistemi di gestione e relativi processi, sistemi informativi e supporto fornito alle aree organizzative ed ai processi aziendali.

5.3.4. RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA

L'organo di Governo ha provveduto a nominare un Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza in conformità ai requisiti della L. 190/12. Tale figura unifica i compiti del Responsabile per la Corruzione e del Responsabile per la Trasparenza.

Il RPTC è nominato dall'Organo di Governo e la nomina è trasmessa all'ANAC come descritto sul sito internet della stessa ANAC.

La nomina del RPCT avviene in conformità ai criteri indicati dall'ANAC, ovvero:

- Dirigenti in servizio presso l'Azienda;
- In subordine a quanto sopra, Operatore in Servizio presso l'Azienda privi di profilo dirigenziale che garantisca le idonee competenze in materia di organizzazione e conoscenza della normativa in materia di corruzione.

Rientra nei compiti del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza:

- monitorare l'attuazione da parte dell'organizzazione del sistema di gestione anticorruzione;
- garantire che il sistema di gestione anticorruzione sviluppi la conformità con tutte le leggi pertinenti;
- fornire consulenza e orientamento per il personale sul sistema di gestione anticorruzione e le questioni relative alla corruzione;
- assicurare che il sistema di gestione anticorruzione sia conforme ai requisiti applicabili;
- riferire le prestazioni del sistema di gestione anticorruzione all'organo di governo e all'alta direzione;

- f) provvedere all'aggiornamento della parte inerente alla trasparenza, al cui interno devono essere previste anche specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- g) controllare l'adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- h) segnalare all'organo di indirizzo politico, all'Organismo Indipendente di Valutazione., all'Autorità nazionale anticorruzione i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità;
- i) controllare ed assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico.

In caso di temporanea e imprevista assenza del RPCT, che ne impedisca lo svolgimento delle funzioni, si prevedono misure specifiche atte a garantire la continuità della funzione.

L'Azienda prevede, in caso di assenza del RPCT, la nomina del RPCT sostituto, individuandolo tra i responsabili di servizio con profili di alto livello del gruppo ASM Voghera e con caratteristiche di conoscenza e competenze adeguate. L'atto di sostituzione temporanea del RPCT avrà una durata prestabilita, superato il quale, si dovrà procedere all'individuazione di un nuovo RPCT in caso di protrarsi dell'assenza del titolare della carica.

5.3.5. REFERENTE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA

In base alla possibilità di una migliore gestione dei processi inerenti il PTPCT ed al fine di agevolare i compiti del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, l'Azienda può discrezionalmente individuare, qualora lo ritenga opportuno, un REFERENTE del RPCT ed un ASSISTENTE al RPCT.

5.3.6. ORGANISMO INDIPEDENTE DI VALUTAZIONE

Il Consiglio di amministrazione ha attribuito al Collegio Sindacale la funzione di Organismo Indipendente di Valutazione. Rientrano tra i compiti dell'Organismo Indipendente di Valutazione:

- a) attestare gli obblighi di pubblicazione;
- b) ricevere le segnalazioni di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- c) verificare la coerenza degli obiettivi assegnati e le relative performances in materia di anticorruzione e trasparenza.

5.3.7. ORGANISMO DI VIGILANZA

L'Azienda ha provveduto a nominare un Organismo di Vigilanza nell'ambito dell'adozione del Modello di Organizzazione e Gestione ai sensi del d.lgs. 231/01.

Il RPCT si interfaccia con l'Organismo di Vigilanza nello svolgimento dei suoi compiti al fine di assicurare l'efficace coordinamento delle rispettive azioni di verifica e di monitoraggio.

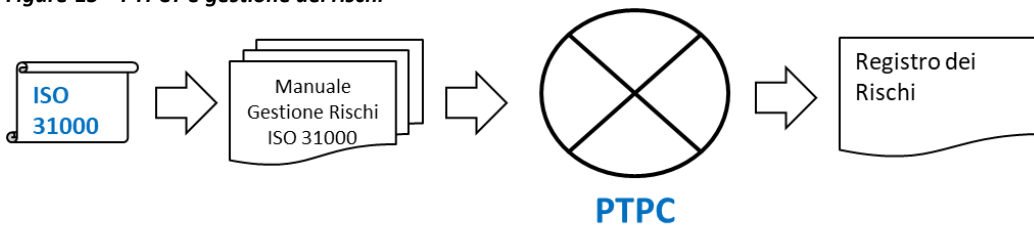
6. PIANIFICAZIONE

6.1. AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI E OPPORTUNITA'

6.1.1. MODELLO DI GESTIONE DEL RISCHIO

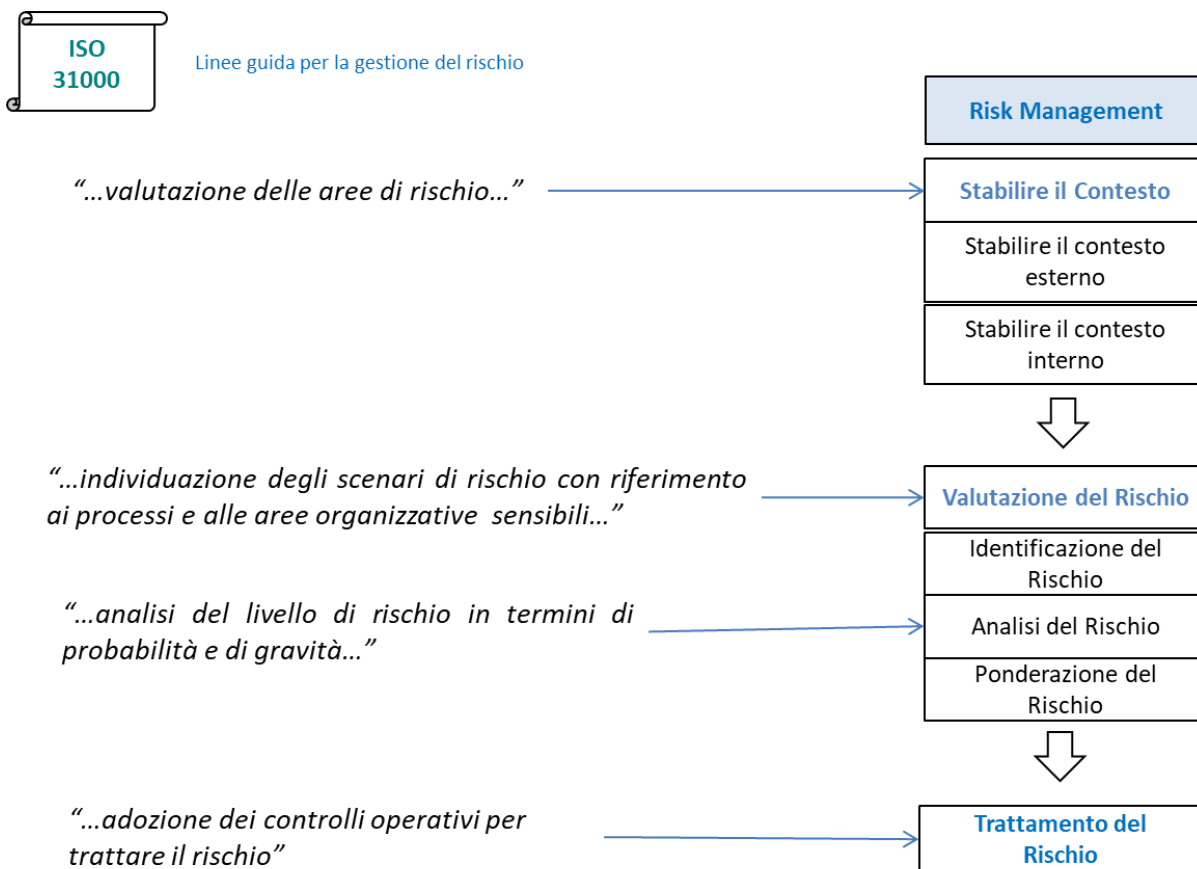
L'Azienda ha adottato uno specifico modello di gestione dei rischi basato sulle linee guida dello standard UNI ISO 31000:2018 "gestione del rischio – principi e linee guida" come da indicazioni dall'ANAC.

Figure 15 – PTPCT e gestione dei rischi



Il Modello di Gestione del Rischio predisposto dall'Azienda indirizza i rischi sia in materia di commissione dei reati di corruzione ai sensi della L. 190/12 sia i rischi in materia di commissione delle fattispecie di reato richiamate dal d.lgs. 231/01.

Figure 16 – Modello di gestione dei rischi



Mediante l'applicazione del modello di gestione dei rischi al PTPCT, l'Azienda provvede a:

- a) Assicurare che il PTPCT persegua i risultati pianificati;
- b) Prevenire o ridurre gli effetti dei rischi;
- c) Perseguire il miglioramento continuo nella gestione dei rischi;
- d) Pianificare le azioni per gestire i rischi e le opportunità di trattamento;
- e) Integrare e implementare tali azioni nell'ambito dei processi aziendali e valutare l'efficacia di tali azioni.

A tale scopo l'Azienda pianifica uno specifico processo di gestione dei rischi.

Figure 17 – Processo di gestione dei rischi



Nel processo di gestione del rischio può essere attivamente coinvolto l'O.I.V. o l'OdV sotto la coordinazione generale del RPCT. In particolare, l'O.I.V. esprime un proprio parere sull'esito dell'analisi del rischio, alla luce del monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni.

6.1.2. VALUTAZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO ESTERNO

In sede di valutazione del contesto di riferimento esterno l'Azienda assume a riferimento anche il Report "Corruption Perception Index" predisposto dall'Associazione Transparency International <https://www.transparency.org/country/ITA>, report che costituisce de facto il riferimento internazionale per la valutazione della rischiosità a livello di Sistema Paese.

6.1.3. VALUTAZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO INTERNO E MAPPATURA DEI PROCESSI

In sede di valutazione del contesto di riferimento interno, l'Azienda pone particolare attenzione nella valutazione delle fonti di rischio associate alle aree sensibili obbligatorie e generali - richiamate dall'articolo 1 comma 16 della Legge 190/2012 e sviluppate nell'allegato 1 del PNA 2019.

Nel disegno normativo della Legge 190/2012 l'adozione delle misure di prevenzione non può prescindere da un'approfondita analisi del contesto in cui opera ASMT Tortona e dalla analisi e dall'analisi e valutazione dei rischi specifici a cui sono esposti i vari uffici o procedimenti.

La fase iniziale del processo di gestione del rischio è dedicata alla mappatura dei processi, intendendo come tali, "quell'insieme di attività collegate tra loro che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo). Occorre inoltre evidenziare che una fase fondamentale del processo di risk management, come descritto nel capitolo 6.1.1, è l'identificazione dei rischi.

Il Catalogo dei Rischi si suddivide in 3 livelli:

- a) Area di rischio, che rappresenta la denominazione dell'area di rischio generale cui afferisce il processo ed i rischi specifici ad esso associati;

- b) Processo, che rappresenta una macro-classificazione delle possibili attività di trasformazione di input in output;
- c) Rischio specifico, che definisce la tipologia di rischio che si può incontrare in un determinato Processo.

Coerentemente con il processo di gestione del rischio delineato dal PNA sono stati individuati quattro blocchi, che corrispondono a:

- A) Mappatura dei Processi:
 - 1. Analisi dell'applicabilità dei processi ed individuazione di nuove Aree di rischio e/o Processi aziendali;
 - 2. Identificazione delle Strutture deputate allo svolgimento del Processo;
- B) Analisi e valutazione dei Processi:
 - 1. Valutazione dei processi esposti al rischio (in termini di impatto e probabilità);
- C) Identificazione e valutazione dei rischi:
 - 1. Analisi dell'applicabilità dei rischi specifici presenti nel catalogo ed individuazione di nuovi rischi specifici associati ai processi valutati come maggiormente rischiosi;
 - 2. Valutazione dei rischi specifici (in termini di impatto e probabilità);
- D) Identificazione delle misure:
 - 1. Identificazione delle misure più idonee alla prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio.

ASMT Tortona analizza in questa edizione le aree di rischio sotto riportate e si pone l'obbiettivo di analizzare, nelle prossime revisioni, la totalità dei processi con un approccio graduale ma completo.

Aree di rischio:

- Contratti pubblici;
- Acquisizione e gestione del personale;
- Incarichi e nomine;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

La mappatura dei processi che si articola nelle fasi di identificazione, descrizione e rappresentazione, è esplicitata nel documento MP-32-04 Mappatura dei processi 190/12 a cui si rimanda.

Si riporta l'articolazione dell'area di rischio acquisizione e gestione del personale con riferimento alle principali fonti di rischio oggetto di valutazione.

TABELLA REGISTRO AREE DI RISCHIO ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	
ID	SOTTO AREA DI RISCHIO
1	Reclutamento
2	Progressioni di carriera
3	Conferimento di incarichi di collaborazione

Si riporta l'articolazione dell'area di rischio affidamento lavori, servizi e forniture con riferimento alle principali fonti di rischio oggetto di valutazione.

TABELLA REGISTRO AREE DI RISCHIO AFFIDAMENTO LAVORI, SERVIZI, FORNITURE	
ID	SOTTO AREA DI RISCHIO
1	Definizione dell'oggetto dell'affidamento
2	Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3	Requisiti di qualificazione
4	Requisiti di aggiudicazione
5	Valutazione delle offerte
6	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7	Procedure negoziate
8	Affidamenti diretti
9	Revoca del bando
10	Redazione del cronoprogramma
11	Varianti in corso di esecuzione del contratto
12	Subappalto
13	Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

Si riporta l'articolazione dell'area di rischio provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari priva di effetti economici diretti e immediati per il destinatario con riferimento alle principali fonti di rischio oggetto di valutazione.

TABELLA REGISTRO AREE DI RISCHIO PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SFERA GIURIDICA SENZA EFFETTI ECONOMICI	
ID	SOTTO AREE DI RISCHIO
1	Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an
2	Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
3	Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an e a contenuto vincolato
4	Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
5	Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an
6	Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto

Legenda. an: emanazione del provvedimento

Si riporta l'articolazione dell'area di rischio provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetti economici diretti e immediati per il destinatario con riferimento alle principali fonti di rischio oggetto di valutazione.

TABELLA REGISTRO AREE DI RISCHIO PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI SFERA GIURIDICA CON EFFETTI ECONOMICI	
ID	SOTTO AREE DI RISCHIO
1	Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an
2	Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
3	Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an e a contenuto vincolato
4	Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
5	Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an
6	Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto

Si riporta l'articolazione dell'area di rischio incarichi e nomine con riferimento alle principali fonti di rischio oggetto di valutazione.

TABELLA REGISTRO AREE DI RISCHIO INCARICHI E NOMINE	
ID	SOTTO AREE DI RISCHIO
1	Conferimento di incarichi dirigenziali e non dirigenziali
2	Nomina di membri dell'alta direzione o organi di controllo interni/esterni

6.1.4. INDIVIDUAZIONE DEGLI SCENARI DI RISCHIO

Per ogni area di rischio l'Azienda individua gli scenari di rischio correlati ai processi e alle aree organizzative maggiormente coinvolte (processi ed aree organizzative "sensibili").

6.1.5. ANALISI DEL LIVELLO DI RISCHIO

Per ogni scenario di rischio l'Azienda analizza il relativo livello di rischio secondo la formula:

$$\text{LIVELLO DI RISCHIO} = \text{LIVELLO DI PROBABILITA'} * \text{LIVELLO DI GRAVITA'}$$

In particolare, il livello di gravità è analizzato in funzione sei seguenti parametri:

- impatto economico;
- impatto organizzativo;
- impatto reputazionale.

6.1.6. PONDERAZIONE DEL RISCHIO

Per ogni livello di rischio l'Azienda determina la prioritizzazione e le esigenze di trattamento.

6.1.7. TRATTAMENTO DEL RISCHIO

In fase di trattamento del rischio l'Azienda provvede a individuare i controlli operativi necessari per modificare il rischio in termini di riduzione dello stesso. I controlli operativi sono descritti nel documento "Piano di Trattamento dei Rischi", documento che pone in relazione gli scenari di rischio con i controlli operativi applicabili e che pianifica l'attuazione del singolo controllo operativo.

In particolare, l'Azienda individua, oltre ai controlli operativi di generale applicabilità e classificati come obbligatori dalle linee guida ANAC, anche eventuali ulteriori controlli specifici applicabili al proprio contesto.

6.2. OBIETTIVI PER LA PREVENZIONE DEI REATI

Mediante l'adozione del PTPCT l'Azienda persegue i seguenti obiettivi di fondo:

1. prevenire qualsiasi commissione o tentata commissione ("incidente" o "quasi incidente") dei reati previsti dalla L. 190/12;
2. perseguire standard di trasparenza amministrativa.

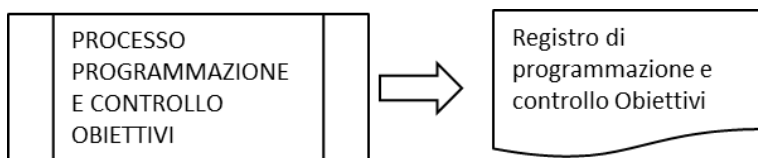
A tale scopo l'Azienda definisce su base annuale e triennale specifici obiettivi correlati agli obiettivi di cui sopra con particolare riferimento agli obiettivi inerenti alla corretta ed efficace attuazione dei controlli operativi adottati per la prevenzione dei reati di corruzione.

L'Azienda assicura che tali obiettivi:

- a) siano congruenti con gli indirizzi espressi dal codice di comportamento e con il contesto aziendale di riferimento;
- b) siano resi misurabili, dove possibile e/o pertinente;
- c) prendano in considerazione i requisiti di "governance", "compliance" e "risk management";
- d) siano comunicati;
- e) siano aggiornati in modo appropriato.

A tale scopo l'Azienda pianifica uno specifico processo per la programmazione e controllo degli obiettivi.

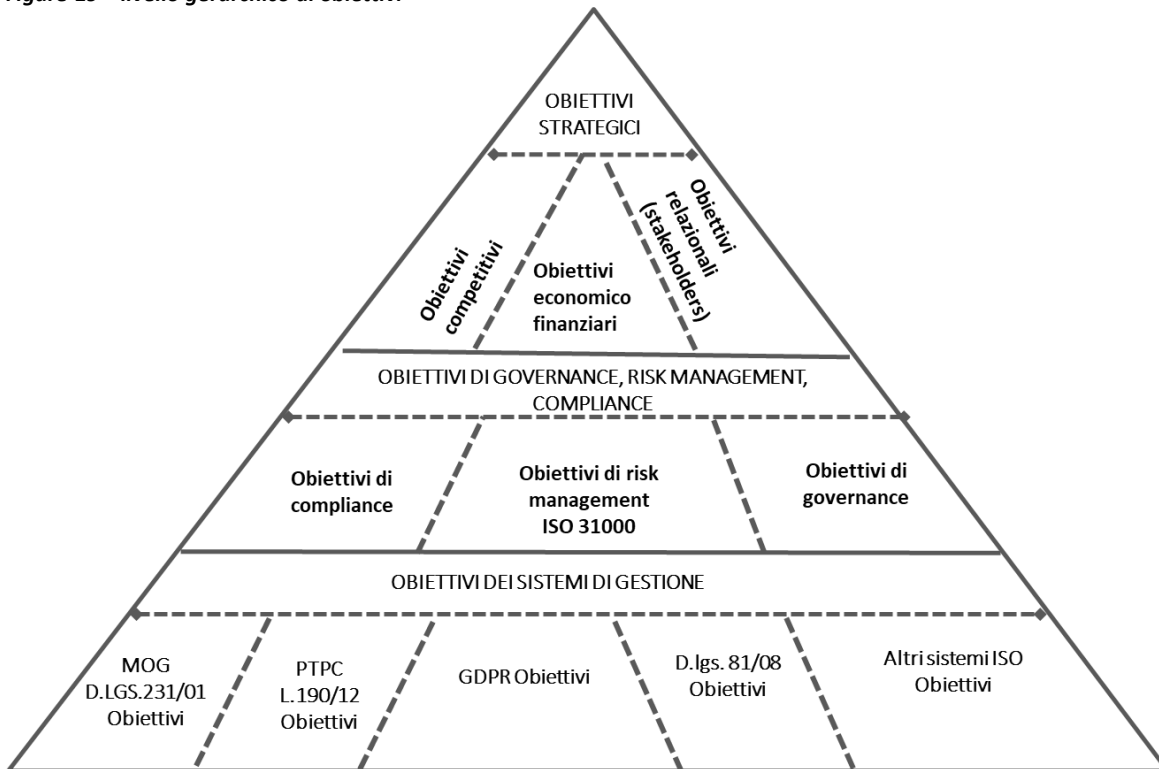
Figure 18 – processo di programmazione e controllo obiettivi e informazioni documentate



Gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione sono correlati ai più generali obiettivi aziendali di Governance, Risk Management e Compliance come di seguito definiti:

1. Obiettivi di "compliance": sistematica conformità alle prescrizioni normative applicabili al contesto aziendale;
2. Obiettivi di "risk management": sistematica valutazione dei rischi in materia di commissione dei reati e applicazione efficace dei controlli operativi;
3. Obiettivi di "governance": sistematica individuazione e attribuzione di responsabilità di indirizzo e di controllo ai vari livelli organizzativi e monitoraggio del comportamento organizzativo.

Figure 19 – livello gerarchico di obiettivi



OBIETTIVI STRATEGICI

TRASPARENZA
Incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli <i>stakeholder</i> , sia interni che esterni
Miglioramento dei processi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione Società Trasparente
Miglioramento continuo della fruibilità dei dati presenti nella sezione Società Trasparente
Redazione di un regolamento per la pubblicazione dei dati in società trasparente per meglio definire le modalità di trasmissione e disciplinare i flussi informativi tra le Aree/Servizi/Uffici coinvolti.

ANTICORRUZIONE
Miglioramento del coordinamento e della comunicazione tra i gruppi di lavoro per il raggiungimento degli obiettivi strategici
Incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza
Rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale

7. SUPPORTO

7.1. RISORSE

7.1.1. GENERALITA'

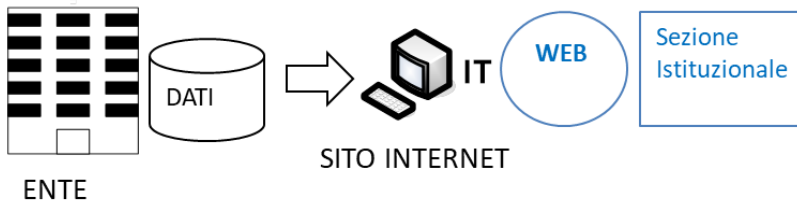
L'Azienda provvede a stanziare specifiche risorse al fine di assicurare l'adeguatezza e la corretta applicazione del PTPCT stesso. Questo con particolare riferimento alle seguenti risorse:

- a) risorse umane ed organizzative;
- b) risorse infrastrutturali IT;
- c) risorse finanziarie.

7.1.2. RISORSE INFRASTRUTTURALI IT

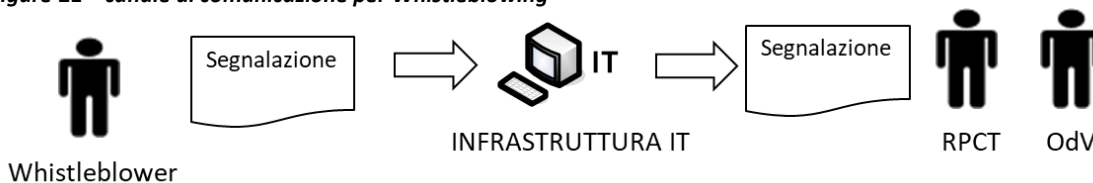
L'Azienda provvede a istituire e a mantenere un sito internet dotato di una sezione istituzionale (denominato "società trasparente") atto a supportare la pubblicazione dei dati in conformità ai requisiti applicabili in materia di trasparenza.

Figure 20 – sito web sezione istituzionale



L'Azienda provvede a pianificare e a supportare un canale di comunicazione per le segnalazioni di situazioni non conformi o a rischio ("whistleblowing").

Figure 21 – canale di comunicazione per Whistleblowing



In particolare, viene assicurata la confidenzialità delle segnalazioni mediante specifiche configurazioni tecniche dei Servizi IT utilizzati.

7.1.3. RISORSE FINANZIARIE

L'Azienda predispone uno specifico budget per supportare l'attuazione del PTPCT. Questo con particolare riferimento alle risorse infrastrutturali IT e alle risorse organizzative (formazione).

7.2. COMPETENZE

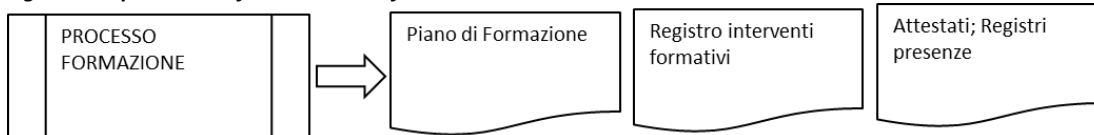
7.2.1. GENERALITA'

L'Azienda provvede a:

- a) Determinare le necessarie competenze delle persone che lavorando sotto il suo controllo sono chiamate ad assicurare la corretta applicazione del PTPCT adottato;
- b) Assicurare che queste persone siano competenti sulla base di appropriata istruzione, formazione, esperienza;
- c) attivarsi dove necessario per acquisire le necessarie competenze e a valutare l'efficacia di tali attività;
- d) mantenere appropriate informazioni documentate come evidenza delle competenze.

A tale scopo l'azienda pianifica uno specifico processo di gestione della formazione.

Figure 22 – processo di formazione e informazioni documentate



In particolare, il Piano di Formazione prevede i seguenti assi di interventi formativi:

- interventi formativi ai dirigenti e al personale addetti alle aree a rischio;
- interventi formativi al RPCT.

La formazione dei dipendenti è ritenuta uno degli strumenti fondamentali nell'ambito della prevenzione della corruzione.

Anche nel PNA 2022 viene data enfasi al valore della formazione e viene considerata fra le misure di prevenzione obbligatorie.

Per la formazione Anticorruzione si prevede che vengano programmati adeguati percorsi formativi divisi su due livelli:

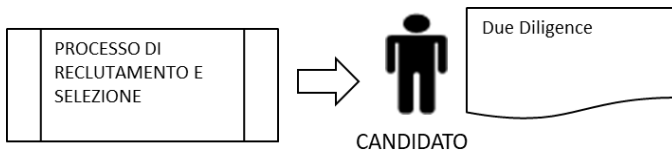
- la formazione/sensibilizzazione generale rivolta a tutti i dipendenti e riguardante l'aggiornamento delle competenze e le tematiche dell'etica e della legalità, con illustrazione dei contenuti della Legge 190/2012;
- la formazione specifica rivolta ai capi servizio, al Responsabile della prevenzione ed ai dipendenti che operano nelle aree maggiormente esposte al rischio.

La programmazione delle attività formative è fatta su base annuale e potrà essere organizzata in coordinamento con le altre società del gruppo ASM Voghera.

7.2.2. PROCESSO DI ASSUNZIONE

L'Azienda provvede a effettuare le opportune due diligence in fase di assunzione per tutte le posizioni organizzative. Questo con particolare riferimento alle posizioni organizzative classificate come "sensibili" con riferimento ai reati di cui alla L. 190/12.

Figure 23 – due diligence nel processo di reclutamento e selezione



7.2.3. SISTEMA PREMIANTE

L’Azienda provvede periodicamente a riesaminare il sistema premiante in modo da assicurare che questi non incentivino la commissione dei reati richiamati dalla L.190/12 ed in generale che questi non incentivino comportamenti non trasparenti.

Tale riesame è svolto tipicamente in sede di riesame dell’efficacia e dell’adeguatezza del PTPCT.

7.2.4. SISTEMA DISCIPLINARE

L’Azienda provvede a sanzionare violazioni da parte del personale dipendente del Codice di Comportamento, del PTPCT o di commissioni o tentate commissioni dei reati richiamati dalla L.190/12. A tale scopo l’Azienda adotta uno specifico Codice Disciplinare, documento a cui si rimanda.

7.2.5. OSSERVANZA DEL CODICE DI COMPORTAMENTO E DEL PTPCT

Con cadenza periodica, anche in sede di incontro con il Responsabile Prevenzione Corruzione, i componenti dell’Organo di Governo, l’Alta Direzione ed il personale che opera nelle aree organizzative maggiormente esposte al rischio di corruzione dichiarano la propria osservanza del Codice di Comportamento la sistematica applicazione del PTPCT evidenziando altresì eventuali vulnerabilità od opportunità di miglioramento.

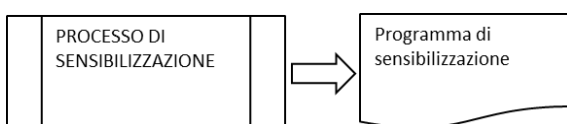
7.3. CONSAPEVOLEZZA

Le persone che lavorano sotto il controllo dell’Azienda sono da questa rese consapevoli:

- Del Codice di Comportamento e della necessità di adottare i principi comportamentali in esso contenuti;
- Del loro contributo all’efficacia del PTPCT inclusi i benefici del miglioramento delle prestazioni del PTPCT stesso;
- Delle implicazioni delle non conformità rispetto ai requisiti previsti dal MOG.

A tale scopo l’azienda pianifica uno specifico processo di gestione della sensibilizzazione.

Figure 24 – processo di sensibilizzazione e informazioni documentate



In particolare, il programma di sensibilizzazione rivolto a tutto il personale comprende:

- interventi di portata generale sui temi dell’etica e della legalità;
- interventi di portata specifici inerenti ai contenuti del Codice di Comportamento.

7.4. COMUNICAZIONE

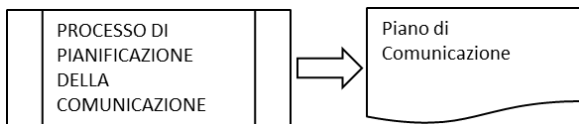
L’Azienda definisce le esigenze di comunicazione interna ed esterna relativamente al PTPCT adottato con riferimento a:

- a) Cosa comunicare;
- b) Quando comunicare;
- c) Con chi comunicare;
- d) Chi deve comunicare;
- e) Come deve comunicare.

Quanto sopra anche con particolare riferimento alle comunicazioni nei confronti del Responsabile Prevenzione Corruzione associate al verificarsi dei seguenti eventi:

- commissioni o tentate commissioni (“incidenti” o “quasi incidenti”) dei reati di corruzione;
- non conformità relative alla mancata applicazione del PTPCT, inclusa la mancata applicazione di codice etico, regolamenti, politiche, procedure, etc.

Figure 25 – processo di pianificazione della comunicazione e informazioni documentate



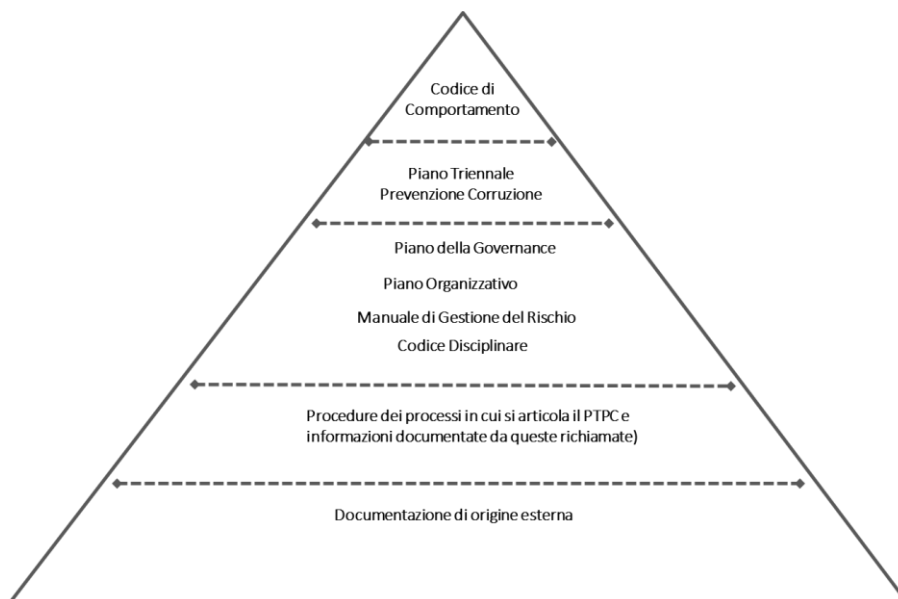
7.5. INFORMAZIONI DOCUMENTATE

7.5.1. GENERALITA’

Il PTPCT adottato dall’Azienda include:

- a) Le informazioni documentate richieste dai requisiti normativi applicabili;
- b) Le informazioni documentate definite dall’Azienda al fine di rendere efficace il PTPCT.

Figure 26 – architettura del sistema documentale del PTPCT



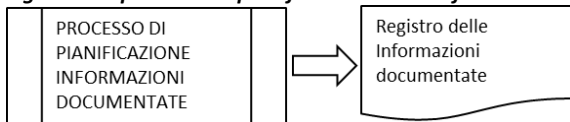
Tutti i documenti del PTPCT, incluso il PTPCT stesso, sono sviluppati facendo riferimento allo standard UNI 10999:2002 “linee guida per la documentazione dei sistemi di gestione per la qualità” al fine di assicurare chiarezza, leggibilità e omogeneità nella documentazione stessa e nelle relazioni tra le diverse tipologie di documenti in cui si articola lo stesso MOG.

7.5.2. CREAZIONE E AGGIORNAMENTO

La creazione e l’aggiornamento delle informazioni documentate richiamate dal PTPCT è svolto in modo da assicurare:

- a) L’identificazione e la descrizione;
- b) Il formato ed il supporto (cartaceo o elettronico);
- c) Il riesame e l’approvazione per l’adeguatezza.

Figure 27 – processo di pianificazione delle informazioni documentate



In particolare, il PTPCT è riesaminato ogni anno entro il 31 gennaio e ad ogni variazione significativa.

7.5.3. CONTROLLO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE

Le informazioni documentate richieste dal PTPCT sono controllate in modo da assicurare:

- a) La loro disponibilità e adeguatezza per l’uso, dove e quando queste siano necessarie;
- b) La loro adeguata protezione con particolare riferimento alla perdita di confidenzialità, integrità e uso improprio;
- c) La loro distribuzione, accessibilità, rintracciabilità e usabilità;
- d) La loro archiviazione e preservazione, inclusa la preservazione della leggibilità;
- e) Il controllo dei cambiamenti (controllo delle versioni);
- f) La loro conservazione ed eliminazione.

Le informazioni documentate di origine esterna, definite dall’Azienda come necessarie per pianificare e rendere operativo il PTPCT, sono parimenti identificate e appropriatamente controllate.

8. ATTIVITA’ OPERATIVE

8.1. PIANIFICAZIONE E CONTROLLI OPERATIVI

L’Azienda pianifica, implementa e controlla i processi richiesti per la corretta applicazione del PTPCT inclusi i processi richiamati dai controlli operativi adottati per il trattamento dei rischi inerenti alla commissione dei reati di corruzione.

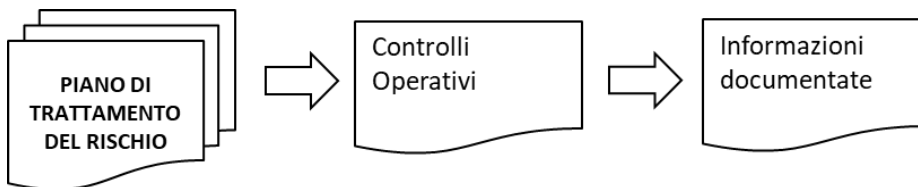
A tale scopo l’Azienda provvede a:

- a) Stabilire i criteri per lo svolgimento dei processi sotto forma di manuali, procedure, piani e programmi, istruzioni operative;
- b) Controllare che i processi si svolgano in conformità a tali criteri;

c) Custodire le informazioni documentate inerenti allo svolgimento di tali processi.

I controlli operativi adottati dall’Azienda per il trattamento dei rischi di commissione dei reati di corruzione sono descritti nel documento “Piano di Trattamento dei Rischi”, documento a cui si rimanda. Tali controlli operativi fanno riferimento a quanto di seguito riportato.

Figure 28 – piano di trattamento del rischio, controlli operativi e informazioni documentate



In particolare, il RPCT provvede, in collaborazione con l’Organismo di Vigilanza, a individuare e a pianificare i controlli operativi atti a trattare i rischi in materia di corruzione.

8.2. DUE DILIGENCE

Laddove la valutazione del rischio di commissione dei reati di corruzione sia superiore al rischio basso in relazione a:

- a) Specifiche categorie di transazioni, progetti, attività;
- b) Specifiche categorie di soggetti con cui intraprendere relazioni di affari;
- c) Specifiche categorie di personale (posizioni organizzative ed aree organizzative);

l’Azienda provvede a rilevare in via preliminare le informazioni sufficienti a valutare il rischio (“due diligence”) secondo modalità ragionevolmente commisurate al livello del rischio stesso.

8.3. CONTROLLI OPERATIVI FINANZIARI

L’Azienda pone in essere opportuni controlli finanziari e amministrativi al fine di assicurare che le risorse finanziarie siano gestite nel rispetto di criteri di trasparenza e di tracciabilità. A tale scopo l’Azienda adotta le seguenti linee guida:

- a) Separazione dei compiti tra chi autorizza e chi esegue i pagamenti;
- b) Previsione di diversi livelli autorizzativi in funzione dell’entità dei pagamenti;
- c) Verifica che le prestazioni dei beneficiari dei pagamenti siano state approvate prima di liquidare il pagamento;
- d) Richiesta di formale autorizzazione per il pagamento;
- e) Restrizione all’uso del contante e meccanismi di controllo in caso di utilizzo dello stesso;
- f) Classificazione e descrizione dei pagamenti chiare e appropriate in modo da assicurare la tracciabilità degli stessi;
- g) Controllo periodico delle transazioni finanziarie ad opera di organi indipendenti (collegio dei sindaci).

8.4. CONTROLLI OPERATIVI NON FINANZIARI

8.4.1. GENERALITA'

I controlli operativi non finanziari sono individuati in conformità a quanto previsto dalle linee guida emanate dall'ANAC.

8.4.2. TRASPARENZA

L'Azienda considera la trasparenza come un controllo operativo essenziale per avere una amministrazione che opera in maniera eticamente corretta e che persegue obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, valorizzando l'accountability con i cittadini.

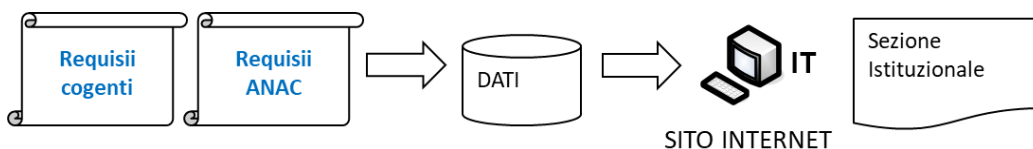
A tale scopo l'Azienda pianifica le modalità di gestione degli obblighi di trasparenza previsti sia dalle linee guida ANAC sia dai correlati requisiti cogenti.

In particolare, l'Azienda provvede a pubblicare sul sito internet nella sezione "Società Trasparente" i dati richiesti da requisiti applicabili in materia di trasparenza. La Società Trasparente è organizzata in sottosezioni all'interno delle quali sono inseriti i documenti, le informazioni e i dati previsti dal D.Lgs. 33/2013 che disciplina gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni e gli Enti in controllo pubblico.

In tale sezione:

- si riportano gli obiettivi strategici in materia di trasparenza da parte degli organi di indirizzo;
- sono stati organizzati i flussi informativi per garantire l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati, tramite l'allegato 1 che contiene le sotto riportate informazioni:
 - responsabili delle diverse fasi (individuazione/elaborazione dei dati, trasmissione, pubblicazione e aggiornamento);
 - termini per la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati;
 - i casi in cui non è possibile pubblicare i dati previsti dalla normativa in quanto non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Amministrazione;
 - le modalità per la vigilanza ed il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi;
 - il responsabile del monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza.

Figure 29 – trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito internet



Conformemente alla normativa vigente e alle indicazioni contenute nel PNA 2022 il PTPCT riporta gli **obiettivi strategici** in tema di trasparenza, per il periodo di riferimento, come di seguito riportati:

- Rafforzamento degli eventi formativi sul tema trasparenza con l'obiettivo di aumentare il livello di consapevolezza e conoscenza degli obblighi di pubblicazione;

- Monitoraggio periodico (almeno con cadenza semestrale) riguardo all’adempimento degli obblighi di pubblicazione, in tal modo sollecitando un maggiore impegno dei responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati sul corretto e tempestivo adempimento dei relativi oneri, in attuazione del Dlgs.33/2013;
- Implementazione delle procedure per il soddisfacimento degli obblighi di pubblicazione e tutela della privacy;
- Azioni di semplificazione degli adempimenti previsti dalla normativa sulla trasparenza e sviluppo della qualità e fruibilità delle informazioni.

In merito alla durata dell’obbligo di pubblicazione, si fa riferimento all’articolo 8, comma 3, del Decreto Legislativo n. 33/2013, il quale prescrive che “i dati, le informazioni e i documenti che sono oggetto di pubblicazione obbligatoria in base alla normativa vigente, devono essere resi pubblici per un periodo di cinque anni, a decorrere dal 1° gennaio dell’anno successivo a quello in cui ha inizio l’obbligo di pubblicazione, e in ogni caso fino a quando gli atti pubblicati producono effetti”. Al termine di tale periodo, i dati e i documenti correlati sono accessibili ai sensi dell’articolo 5 del medesimo Decreto Legislativo n. 33/2013, come specificato al capitolo successivo.

Per quanto riguarda i dati della sezione titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo ed i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza, si applicano termini specifici, come delineati dall’articolo 14, comma 2, e dall’articolo 15, comma 4, del Decreto Legislativo n. 33/2013. Questi dati devono essere resi pubblici entro tre mesi dall’attribuzione dell’incarico, o dalla nomina e per un periodo di tre anni successivi alla fine del mandato o dell’incarico. Al termine di tale periodo, i dati e i documenti correlati sono accessibili ai sensi dell’articolo 5 del medesimo Decreto Legislativo n. 33/2013 come specificato al capitolo successivo.

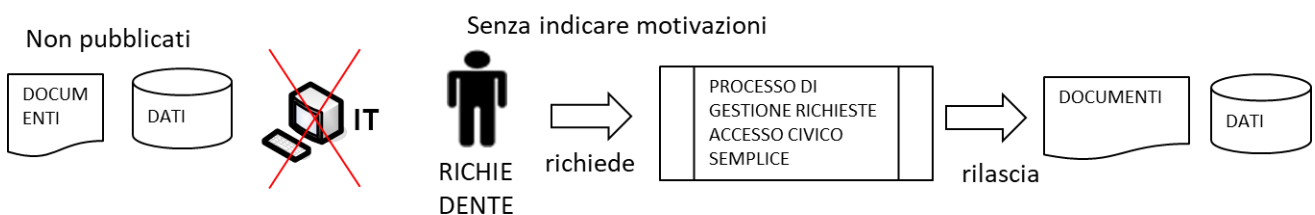
8.4.3. ACCESSO

L’Azienda pianifica specifici processi per la gestione delle richieste di accesso ai dati e ai documenti in suo possesso. Questo con riferimento alle seguenti casistiche:

- a) richieste di accesso civico semplice;
- b) richieste di accesso civico generalizzato;
- c) richieste di accesso documentale.

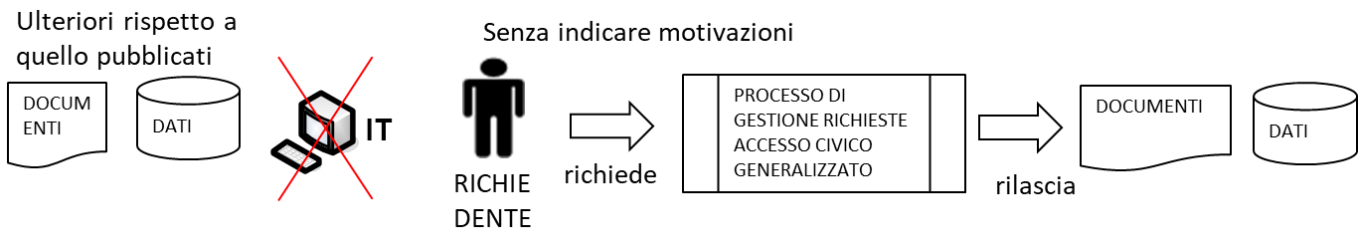
Mediante la pianificazione del processo di gestione delle richieste di accesso civico semplice l’Azienda assicura che a chiunque, senza indicare motivazioni, possa esercitare il diritto di richiedere all’Azienda stessa documenti, informazioni e dati nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

Figure 30 – processo di gestione richieste di accesso civico semplice



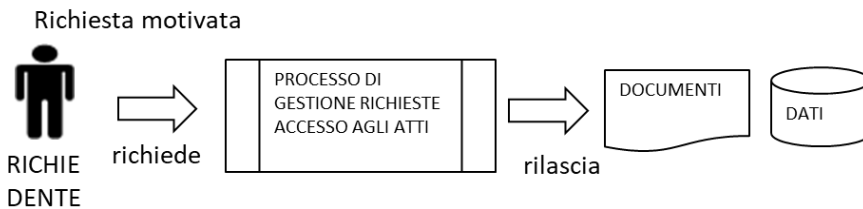
Mediante la pianificazione del processo di gestione delle richieste di accesso civico generalizzato (normativa FOIA - **Freedom of Information Act**) l’Azienda assicura che chiunque, senza indicare motivazioni, possa esercitare il diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dall’Azienda stessa, dati e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis del D.Lgs.33/2013.

Figure 31 – processo di gestione richieste di accesso civico generalizzato (FOIA)



Mediante la pianificazione del processo di gestione delle richieste di accesso documentale (accesso agli atti di cui all'art.22 della Legge n.241/1990) l’Azienda assicura che chiunque abbia un interesse diretto, concreto e attuale rispetto al documento stesso possa esercitare il diritto, mediante richiesta motivata, di richiedere documenti, dati e informazioni detenuti dall’Azienda stessa.

Figure 32 – processo di gestione richieste di accesso agli atti.



8.4.4. ROTAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLE AREE A RISCHIO CORRUZIONE

L’Azienda presenta uno staff dirigenziale estremamente ridotto. Le funzioni sottoposte alla supervisione dell’organo dirigenziale che operano nelle aree a rischio di corruzione sono di numero limitato e caratterizzate da competenze specialistiche tra loro non fungibili. Ne consegue che il controllo inerente alla rotazione del personale non è realisticamente applicabile al contesto aziendale.

Come misura alternativa alla rotazione, l’Azienda adotta il principio della “segregazione dei compiti” che attribuisce a soggetti diversi i compiti di:

- a) svolgere istruttorie e accertamenti;
- b) adottare decisioni;
- c) attuare decisioni prese;
- d) effettuare verifiche.

8.4.5. ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE

L’Azienda ha pianificato un processo finalizzato a individuare casi di conflitto di interesse e a far rispettare i seguenti obblighi:

- a) obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente a adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
- b) obbligo di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

Figure 33 – processo di verifica conflitto interessi

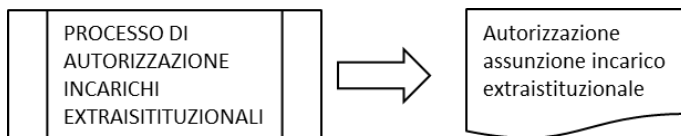


8.4.6. SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO, ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

L'Azienda ha definito i criteri generali per disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi extra istituzionali tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento dell'Azienda o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente.

A tale scopo l'Azienda ha pianificato uno specifico processo autorizzativo per lo svolgimento di incarichi extraistituzionali.

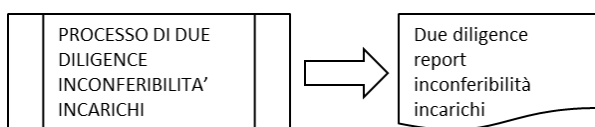
Figure 34 – processo di autorizzazione incarico extraistituzionale



8.4.7. CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI PARTICOLARI ATTIVITA' O INCARICHI PRECEDENTI (PANTOUFLAGE O REVOLVING DOORS)

L'Azienda ha pianificato un processo finalizzato a verificare l'esistenza di eventuali condizioni ostative (inconferibilità o incompatibilità) in capo a chi è destinato a ricoprire incarichi di amministratore o incarichi dirigenziali così come definiti dal d.lgs. 39/2013.

Figure 35 – processo di verifica esistenza condizioni di inconferibilità di incarico



In particolare, l'Azienda provvede a:

- a) inserire espressamente le cause di incompatibilità e di inconferibilità negli atti di attribuzione degli incarichi;

- b) richiedere ai soggetti interessati le dichiarazioni di insussistenza delle cause di incompatibilità e inconfiribilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto;

Il RPCT provvede a pianificare i necessari monitoraggi (vedi cap. 9.1) relativamente a quanto sopra.

8.4.8. SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE O REVOLVING DOORS)

L'Azienda adotta i necessari controlli operativi atti a prevenire che i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda svolgano nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'Azienda svolta attraverso i medesimi poteri.

A questo scopo l'Azienda provvede a:

- a) inserire espressamente la condizione ostativa menzionata nelle varie forme di selezione del personale;
- b) richiedere ai soggetti interessati la dichiarazione di insussistenza di tale condizione ostativa;
- c) pianificare a cura del RPCT specifiche attività di monitoraggio e verifica anche su segnalazione di soggetti esterni (vedi cap. 9.1).

8.4.9. CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

L'Azienda dispone affinché coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale:

- a) non possano fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) non possano essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- c) non possano fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

8.5. CONTROLLI OPERATIVI SUGLI OPERATORI ECONOMICI

8.5.1. FORNITORI

L'Azienda richiede che i fornitori di beni e servizi critici si impegnino contrattualmente a rispettare gli indirizzi espressi dal Codice di Comportamento e dal Codice Etico adottato in conformità al d.lgs. 231/01. Il Codice Etico fornisce anche indirizzi in merito alla prevenzione dei reati di corruzione. In caso di violazioni del Codice Etico, l'Azienda applica le misure previste dal Codice Disciplinare.

8.5.2. COLLABORATORI ESTERNI

L'Azienda richiede che i collaboratori esterni si impegnino contrattualmente a rispettare gli indirizzi espressi dal Codice di Comportamento e dal Codice Etico qualora questi siano integrati in gruppi di progetto aziendali assieme a personale dipendente. In caso di violazioni di tali Codici, l'Azienda applica le misure previste dal Codice Disciplinare.

8.6. IMPEGNO PER LA PREVENZIONE DA PARTE DELLE SOCIETA' CONTROLLATE

L'Azienda fa parte di un gruppo con la classica struttura, Azienda holding (controllante)/Azienda controllata.

In funzione di quanto sopra evidenziato l'Azienda, controllata di ASM Voghera S.p.A., si impegna per la prevenzione dei reati in materia di corruzione, mediante l'adozione di un proprio Modello di Organizzazione e Gestione e di un Piano Triennale Prevenzione Corruzione.

8.7. REGALI, OSPITALITA', DONAZIONI E SIMILI BENEFICI

8.7.1. IN ENTRATA

L'Azienda dispone che tutto il personale che riceva offerte di regali, ospitalità, donazioni o benefici simili superiori alla soglia del modico valore o con frequenze ripetute nel tempo declini tale offerta e segnali tempestivamente e puntualmente tale offerta al Responsabile Prevenzione Corruzione.

Qualora non sia possibile declinare tale offerta, il personale ricevente richiede in via preventiva autorizzazione alla Direzione o, qualora la ricezione sia avvenuta in momento precedente, segnali tempestivamente la cosa secondo le modalità precedentemente individuate.

8.7.2. IN USCITA

L'Azienda dispone che possano essere offerti a soggetti esterni solo omaggi di valore simbolico in occasione di festività tradizionali.

8.8. GESTIONE DELL'INADEGUATEZZA DEI CONTROLLI OPERATIVI

In situazioni nelle quali i rischi di commissione dei reati di corruzione non possano essere affrontati in modo adeguato con i controlli operativi in essere, l'Azienda provvede a:

- a) Individuare nuovi controlli operativi in aggiunta a quelli predisposti;
- b) Migliorare i controlli operativi esistenti;
- c) Autorizzare provvisoriamente l'attività nelle aree di rischio sotto stretto monitoraggio e informando preventivamente il Responsabile Prevenzione Corruzione.

8.9. SEGNALAZIONE DI SOSPETTI (WHISTLEBLOWING)

L'Unione Europea con la Direttiva Europea 2019/1937, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione, ha creato uno standard minimo per la protezione dei

diritti dei whistleblowers in tutti gli stati membri. L'Italia è intervenuta sul punto attuando la Direttiva Europea con il D.lgs. 10 marzo 2023 n. 24.

L'Azienda si è uniformata alle suddette prescrizioni normative, nonché agli indirizzi forniti dall'ANAC.

A tal fine ha sviluppato una procedura, la quale fornisce le informazioni per rendere accessibile a tutti i destinatari della normativa il meccanismo interno di segnalazione degli illeciti ovvero di comportamenti effettivi o sospetti o di irregolarità all'interno della Società.

Una corretta ed efficace gestione delle segnalazioni (Whistleblowing) è di estrema importanza per garantire il rispetto dei principi di legalità e di trasparenza definiti dall'Azienda (responsabilità sociale di impresa), nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti e delle regole di condotta dell'Azienda stessa.

La finalità del sistema di Whistleblowing è quella di consentire all'Azienda di venire a conoscenza di situazioni di rischio o di danno e di affrontare il problema segnalato in modo più tempestivo possibile. Un sistema evoluto e formalizzato attraverso policy e formazione specifiche permette inoltre una reale tutela del Segnalante.

Lo strumento di Whistleblowing contribuisce ad individuare e combattere ogni forma di illecito, a tutelare i soci da danni economici e all'immagine, a diffondere la cultura dell'etica, della legalità e della trasparenza all'interno dell'azienda e a rafforzare il sistema dei controlli interni e della gestione dei rischi.

Gli strumenti messi a disposizione per la segnalazione interna garantiscono la massima riservatezza dell'identità, in conformità al Decreto legislativo 24 del 2023.

La gestione dei canali di segnalazione e la valutazione delle segnalazioni stesse è affidata anche a funzioni interne dedicate tramite personale dotato di requisiti di moralità e indipendenza, specificamente formato per la gestione di tale attività e in materia di tutela dei dati personali e riservatezza.

In particolare, i referenti interni sono:

- Responsabile Prevenzione Corruzione e della trasparenza;
- Organismo di Vigilanza D.lgs. 231/01.

Le possibili segnalazioni riguardano ragionevoli e sinceri sospetti relativi ad un dipendente con riferimento a possibili frodi, pericoli o altri seri rischi che possano minacciare clienti, colleghi, stakeholders, i clienti in generale o la reputazione dell'Azienda.

La segnalazione non può riguardare, invece, rimostranze di carattere personale del segnalante o richieste che attengono alla disciplina del rapporto di lavoro o ai rapporti con il superiore gerarchico o i colleghi, per le quali occorre fare riferimento all'ufficio personale.

In particolare, per ciò che concerne la segnalazione degli illeciti (Whistleblowing), sono stati attivati ed opportunamente divulgati a tutti i soggetti interessati, canali idonei che permettono di tutelare la riservatezza dell'identità del segnalante. I canali di segnalazione degli illeciti messi a disposizione sono:

1	<i>Landing page</i>	Pagina web dedicata https://ethicpoint.eu/asmt-tortona/
2	<i>PO BOX</i>	PO BOX n. 301 c/o Mail Boxes Etc. Indirizzo di casella postale (via Felice Bellotti 4, 20129 Milano): Audit People S.r.l – Azienda Benefit – Indicando il nome dell'Organizzazione e se prevista la procedura della doppia busta. IMPORTANTE: si raccomanda di comunicare ai propri stakeholder di inserire la ragione sociale della vostra organizzazione
3	<i>Numero verde</i>	800 985 231 con messaggistica vocale (valido solo per l'Italia)

A tale scopo l'Azienda ha redatto una specifica procedura, la PWB-32-00 Procedura di Whistleblowing, dove vengono descritte le modalità di segnalazione e la gestione delle stesse.

Figure 36 – whistleblowing



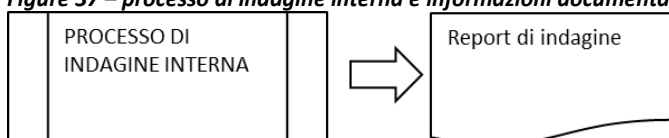
Tutto il personale dipendente viene reso edotto mediante opportune azioni di formazione e di sensibilizzazione in merito alle modalità di segnalazione nonché ai loro diritti ed alle loro tutele in caso di segnalazione.

8.10. INDAGINI INTERNE

In caso di segnalazione di atti o tentativi di commissione dei reati di corruzione, il Responsabile Prevenzione Corruzione provvede:

- A valutare la fondatezza della segnalazione ricevuta e, se necessario, ad avviare indagini interne;
- A richiedere la collaborazione del personale pertinente in sede di indagine interna;
- A intraprendere o a richiedere che siano intraprese in modo tempestivo le opportune azioni appropriate a fronte degli elementi emersi;
- A riferire i risultati delle indagini interne nel rispetto di condizioni di riservatezza a soggetti che non facciano parte del ruolo o della funzione oggetto di indagine.

Figure 37 – processo di indagine interna e informazioni documentate



8.11. SISTEMA DISCIPLINARE

L’Azienda sanziona ogni atto o tentato atto di commissione dei reati di corruzione nonché le correlate violazioni del Codice di Comportamento o del Piano Triennale Prevenzione Corruzione. A tale scopo l’Azienda ha adottato e formalizzato un sistema disciplinare descritto nel documento “Codice Disciplinare”.

Figure 38 – codice disciplinare e soggetti destinatari.



In particolare il sistema disciplinare si applica a tutti i soggetti destinatari del MOG, interni o esterni all’Azienda.

9. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

9.1. MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E STIMA

9.1.1. GENERALITA’

L’Azienda valuta le prestazioni e l’efficacia del PTPCT adottato. A tale scopo l’Azienda definisce:

- Cosa deve essere monitorato e misurato, inclusi i processi ed i controlli operativi per il trattamento dei reati;
- I metodi per monitorare, analizzare, misurare e valutare le prestazioni del PTPCT, incluso l’andamento dei rischi inerenti alla commissione dei reati nelle aree e nei processi aziendali maggiormente sensibili;
- Quando i monitoraggi e le misurazioni devono essere svolti;
- Chi deve monitorare e misurare;
- Quando i risultati dei monitoraggi e delle misurazioni devono essere analizzati e stimati;
- Chi deve analizzare e stimare tali risultati.

Le informazioni documentate relative ai monitoraggi ed alle misurazioni sono conservate come evidenza delle attività svolte.

Figure 39 – processo di pianificazione del monitoraggio



9.1.2. RELAZIONE DEL RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA

Il RPCT predispone a intervalli pianificati con cadenza annua una relazione riportante i risultati dell’attività di prevenzione svolte.

Tale relazione è realizzata su un format predisposto dall'ANAC ed è caricata nella sezione istituzionale del sito internet aziendale.

9.2. AUDIT INTERNI

L'Azienda e l'Organismo di Vigilanza da questa istituito svolgono audit interni a intervalli programmati al fine di fornire informazioni se il PTPCT:

- a) È conforme a:
 1. Ai requisiti definiti dall'Azienda;
 2. Ai requisiti delle prescrizioni normative applicabili;
- b) È efficacemente implementato e mantenuto.

Il processo di audit fa riferimento allo standard UNI EN ISO 19011:2018 "Linee guida per gli audit dei sistemi di gestione".

Figure 40 – processo audit interno e relative informazioni documentate



A tale scopo il Responsabile Prevenzione corruzione provvede a:

- a) Pianificare, stabilire, implementare e mantenere un programma di audit che includa frequenza, metodi, responsabilità, requisiti per la pianificazione ed il reporting. Il programma di audit prende in considerazione l'importanza dei processi coinvolti ed il risultato dei precedenti audit;
- b) Definire i criteri di audit e lo scopo di ogni audit;
- c) Selezionare gli auditor e condurre gli audit in modo tale da assicurare imparzialità e oggettività del processo di audit;
- d) Assicurare che i risultati degli audit siano riportati alla Direzione;
- e) Mantenere informazioni documentate come evidenza del programma di audit e degli audit svolti.

Il programma di audit è definito e riesaminato in modo da essere ragionevole, proporzionato e commisurato al rischio. In sede di programmazione sono considerati:

1. Audit finalizzati a valutare la conformità ("compliance") alle prescrizioni normative applicabili al contesto aziendale;
2. Audit finalizzati a verificare la corretta applicazione dei controlli operativi inerenti i processi e le aree organizzative maggiormente "sensibili" ai rischi di commissione dei reati di corruzione.

9.3. RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE

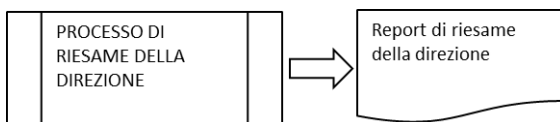
9.3.1. RIESAME DA PARTE DELL'ALTA DIREZIONE

La Direzione riesamina il PTPCT a intervalli pianificati per assicurare la sua adeguatezza, applicabilità ed efficacia. Il riesame include:

- a) Lo stato delle azioni dai precedenti riesami della direzione;
- b) Cambiamenti nel contesto di riferimento interno ed esterno che possono essere rilevanti per il PTPCT;
- c) Ritorni sulle prestazioni del PTPCT, inclusi andamenti:
 1. Degli incidenti, delle non conformità e delle azioni correttive;
 2. Dei Risultati dei monitoraggi e delle misurazioni;
 3. Dei Risultati degli audit;
 4. Del Perseguimento degli obiettivi per la prevenzione dei reati;
- d) Ritorni delle parti interessate;
- e) Risultati della valutazione dei rischi e stato del piano di trattamento dei rischi;
- f) Opportunità per il miglioramento continuo.

Gli elementi in uscita del riesame della direzione includono le decisioni relative alle opportunità di miglioramento continuo e ogni esigenza di cambiamento del PTPCT.

Figure 41 – processo riesame della direzione e relative informazioni documentate



9.3.2. RIESAME DA PARTE DELL'ORGANO DI GOVERNO

L'Organo Amministrativo provvede periodicamente al riesame del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione sulla base delle informazioni fornite dall'Alta Direzione e dal Responsabile Prevenzione Corruzione.

9.4. RIESAME DA PARTE DEL RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione valuta in modo continuativo se il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione:

- a) È adeguato a gestire efficacemente i rischi di corruzione inerenti al contesto in cui l'azienda opera;
- b) È attuato in modo efficace.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione riferisce a intervalli pianificati (con cadenza almeno annua) e in circostanze ad hoc all'Organo Direttivo e all'Alta Direzione in merito all'adeguatezza e all'efficacia del PTPCT, ivi compresi i risultati delle indagini e degli audit.

Tale riesame è propedeutico all'aggiornamento del PTPCT. In particolare, il riesame annuale del Piano tiene conto dei seguenti fattori:

- a) normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- b) normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'Azienda (es.: acquisizione di nuove competenze);
- c) emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del PTPCT;
- d) nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A..

10. MIGLIORAMENTO

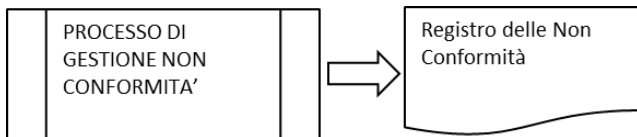
10.1. NON CONFORMITA' E AZIONI CORRETTIVE

L'Azienda gestisce in modo sistematico e puntuale le non conformità relativi al PTPCT adottato. Nel concetto di "non conformità" sono ricompresi tutti i mancati rispetti di requisiti applicabili al PTPCT, incluso il rispetto del Codice di Comportamento e dei controlli operativi predisposti dall'Azienda stessa.

Quando accade una non conformità, l'Azienda provvede a:

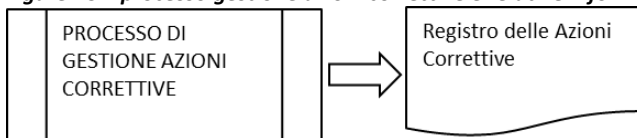
- a) Rispondere alla non conformità o all'incidente, per quanto possibile:
 1. Introducendo azioni per controllarli e correggerli;
 2. Gestirne le conseguenze.

Figure 42 – processo gestione non conformità e relative informazioni documentate



- b) Valutare l'esigenza di azioni per eliminare le cause delle non conformità al fine che questi non riaccadano o riaccadano in altri contesti, mediante:
 1. Riesaminare le non conformità;
 2. Determinare le cause delle non conformità;
 3. Determinare se non conformità simili possano accadere di nuovo;
- c) Implementare qualsiasi azione richiesta;
- d) Riesaminare l'efficacia di ogni azione correttiva presa;
- e) Fare cambiamenti al PTPCT, se necessario;

Figure 43 – processo gestione azioni correttive e relative informazioni documentate



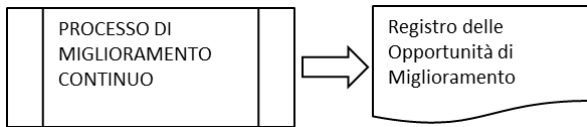
L'Azienda conserva informazioni documentate relativamente a:

- f) La natura della non conformità e le conseguenti azioni intraprese;
- g) I risultati di ogni azione correttiva.

10.2. MIGLIORAMENTO CONTINUO

L'Azienda migliorare continuamente la mantenibilità, l'adeguatezza e l'efficacia PTPCT mediante individuazione delle opportunità di miglioramento rilevate in sede di attuazione e controllo del PTPCT stesso.

Figure 44 – processo miglioramento continuo e relative informazioni documentate



-* fine del documento *-