



SOMMARIO

<b>1</b>	<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>OBIETTIVI GENERALI .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>SCOPO.....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>ACRONIMI .....</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	<b>DOCUMENTI INTEGRATIVI .....</b>	<b>5</b>
<b>6</b>	<b>AMBITO DI APPLICAZIONE.....</b>	<b>6</b>
<b>7</b>	<b>ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER L'ATTUAZIONE DELLA POLITICA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....</b>	<b>6</b>
<b>8</b>	<b>PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE .....</b>	<b>9</b>
<b>9</b>	<b>LA MAPPATURA DEI PROCESSI DELL'AREA SANITARIA E DELLA RICERCA .....</b>	<b>13</b>
<b>10</b>	<b>CODICE ETICO E DI COMPORTAMENTO AZIENDALE .....</b>	<b>13</b>
<b>11</b>	<b>GESTIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSE .....</b>	<b>14</b>
<b>11.1</b>	<b>Svolgimento di incarichi esterni .....</b>	<b>15</b>
<b>11.2</b>	<b>Gli incarichi extra-istituzionali.....</b>	<b>16</b>
<b>11.3</b>	<b>Le cause di incompatibilità ed inconfiribilità .....</b>	<b>16</b>
<b>12</b>	<b>COMUNICAZIONE.....</b>	<b>16</b>
<b>12.1</b>	<b>Rapporti con la società civile .....</b>	<b>16</b>
<b>12.2</b>	<b>Rapporti con le società partecipate/controllate.....</b>	<b>17</b>
<b>13</b>	<b>LE RETI .....</b>	<b>19</b>



<b>14</b>	<b>TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI (C.D. WHISTLEBLOWER)</b>	
	19	
<b>15</b>	<b>LA FORMAZIONE .....</b>	<b>20</b>
<b>16</b>	<b>INNOVAZIONE E SVILUPPO.....</b>	<b>21</b>
<b>17</b>	<b>COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE.....</b>	<b>22</b>
<b>18</b>	<b>PROCESSI AZIENDALI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE (MISURE ULTERIORI).....</b>	<b>23</b>
<b>19</b>	<b>MISURE DA ADOTTARE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE.....</b>	<b>29</b>
<b>20</b>	<b>ATTIVITÀ DI CONTROLLO.....</b>	<b>33</b>
<b>21</b>	<b>LE RESPONSABILITÀ' .....</b>	<b>34</b>
<b>22</b>	<b>IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA 2015-2017 .....</b>	<b>35</b>
<b>22.1</b>	<b>Giornata della Trasparenza .....</b>	<b>37</b>
<b>22.2</b>	<b>Trasparenza società/enti controllati o partecipati.....</b>	<b>37</b>
<b>23</b>	<b>ALLEGATI AL PIANO.....</b>	<b>39</b>
<b>24</b>	<b>RIFERIMENTI.....</b>	<b>39</b>



**Gruppo di redazione** - Simona Orsi (Responsabile per la prevenzione della corruzione trasparenza e integrità) e : Matteo Curiardi (Referente Coordinatore Staff aziendale per la fase di avvio del settore contratti e implementazione dei nuovi processi gestionali); Barbara Dei (Area Tecnica - Responsabile Ufficio Gare); Raffaella Giardiello (Direttore UOc Affari Generali); Natalia Lombardi (Responsabile UOs Direzione Operativa), Alessandra Pieroni (Avvocato Area Tecnica e Referente per la prevenzione della corruzione e trasparenza); Paolo E. Paoli (UOc Amministrazione del Personale); Cristina Poggiali (Referente per la prevenzione della corruzione e trasparenza DAI dei Servizi); Paolo Tagliaferri (Referente aziendale per la privacy); Donatella Totaro (UOc Amministrazione del Personale - Segreteria UPD); Stefano Vezzosi (Ingegnere Area Programmazione Strategica – UOs Innovazione tecnologica nelle attività clinico-assistenziali); Laura Volpi (Ingegnere UOs Direzione Operativa).

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Simona Orsi	Resp. Prev. Corruz. Trasp. e Integrità		firmato in originale
VERIFICA	Manuela Benelli	UO Accreditamento, Qualità e M.C.		firmato in originale
APPROVAZIONE	Monica Calamai	Direttore Generale	19/03/2015	prov. 136/2015



## 1 Introduzione

Nelle pagine che seguono sono presentati gli aggiornamenti al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) ed al Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) 2014-2016 che, come previsto dall'art. 10, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013, ne costituisce una sezione, di seguito definito "Piano".

Per rendere agevole la consultazione del documento i due Piani sono mantenuti distinti in modo che, con immediatezza, possano essere identificati gli eventuali temi di interesse.

Il processo di implementazione del Piano è un processo graduale che vedrà l'adozione progressiva dei nuovi strumenti per la prevenzione del rischio di corruzione ed illegalità. Il Piano, come i suoi allegati, potrà essere aggiornato costantemente (e visibile sul sito [www.aou-careggi.toscana.it](http://www.aou-careggi.toscana.it)), tenendo conto degli sviluppi del lavoro e dell'evoluzione del processo di gestione del rischio di corruzione.

La stesura del Piano in oggetto è stata preceduta da un'attenta azione di analisi delle varie fattispecie, che ha condotto al presente risultato, anche per il tramite di un diffuso coinvolgimento delle parti interne interessate, in quanto competenti per materia.

L'adozione definitiva del Piano sarà preceduta da un periodo di procedura "aperta" allo scopo di poterne rilevare i *feedback* da parte degli *stakeholder* interni ed esterni.

## 2 Obiettivi generali

Gli obiettivi principali che si pone il presente Piano sono:

1. **elencare le aree di attività** maggiormente esposte al rischio di corruzione;
2. creare un **contesto sfavorevole** alla corruzione;
3. **ridurre le opportunità** che si manifestino casi di corruzione;
4. **aumentare la capacità di scoprire** casi di corruzione;
5. **rendere trasparente** l'organizzazione e le attività aziendali quale principale strumento di prevenzione dei fenomeni corruttivi;
6. implementare le **buone pratiche** e diffondere l'**etica pubblica** all'interno dell'organizzazione e dei processi di lavoro.

## 3 Scopo

Il presente Piano si pone come scopo principale quello di proseguire il percorso di analisi dei processi/procedimenti aziendali iniziato nel 2014 per individuare quelli più esposti al rischio di corruzione e prevedere le misure di prevenzione, i meccanismi di monitoraggio e gli interventi formativi idonei a



prevenirne gli effetti, rivolti in particolare ai soggetti operanti nelle aree individuate a rischio di corruzione medio/alto.

#### **4 Acronimi**

<b>AOU</b>	Azienda Ospedaliero Universitaria
<b>ANAC</b>	Autorità Nazionale AntiCorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche
<b>CIVIT</b>	Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (ora ANAC)
<b>OIV</b>	Organismo Indipendente di Valutazione
<b>PNA</b>	Piano Nazionale Anticorruzione
<b>UO</b>	Unità Operativa
<b>UPD</b>	Ufficio Procedimenti Disciplinari
<b>URP</b>	Ufficio Relazioni con il Pubblico
<b>FAD</b>	Formazione a distanza.
<b>PTPC</b>	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione
<b>PTTI</b>	Programma Triennale per la Trasparenza e Integrità
<b>PO</b>	Posizione organizzativa
<b>ADO</b>	Area dipartimentale omogenea
<b>DAI</b>	Dipartimento ad attività integrata

#### **5 Documenti integrativi**

Sono documenti integrativi al presente Piano che ne costituiscono parte integrante e sostanziale:

1. il codice etico e di comportamento aziendale (D/903/115 - provv. del direttore generale n. 449/2014 e ss.mm.ii.);
2. la procedura per le segnalazioni di illecito – *whistleblower policy* (P/903/151 - provv. del direttore generale n. 185/2014 e ss mm. ii);
3. il regolamento per l'autorizzazione agli incarichi extra-impiego (in corso di adozione);
4. il regolamento per le attività sponsorizzate (in corso di aggiornamento);
5. la procedura per le consulenze/collaborazioni inerenti le attività di formazione e *training* in ambito formativo (provv. del direttore generale n. 771/2014 e ss.mm.ii.);
6. gli elementi di sintesi della recente normativa pubblicati sul sito istituzionale (sezione “Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Corruzione/Documentazione aziendale”) ad utilizzo di tutti i dipendenti, soggetti a periodico aggiornamento;
7. gli indirizzi per la rotazione dei dipendenti operanti nelle aree a rischio di corruzione (D/903/132 “Indirizzi aziendali per la Rotazione dei dipendenti operanti in aree a rischio di corruzione”);



8. il patto di integrità/protocollo di legalità (D/903/131)
9. il piano delle *performance* per le parti di competenza;
10. il piano annuale di formazione - PAF ed il codice disciplinare per le parti di competenza.

## **6 Ambito di applicazione**

Il presente Piano si applica a tutti i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (di seguito "Azienda") appartenenti all'area del comparto sanità ed alle aree della dirigenza, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, anche in posizione di comando o assimilata.

Per quanto compatibili le previsioni del Piano si estendono a tutti coloro che, direttamente o indirettamente, stabilmente o temporaneamente, instaurano rapporti o relazioni con l'Azienda ed operano per perseguirne gli obiettivi, quali i collaboratori, i consulenti, i tirocinanti, gli specializzandi ed i frequentatori con qualsiasi tipologia di contratto o incarico ed a qualsiasi titolo, nonché i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi, o che realizzano opere in favore dell'Azienda. A tal fine, gli stessi sigleranno il patto di integrità/protocollo di legalità (Allegato 7) ed inoltre negli atti di incarico o nei contratti di collaborazione, di consulenza o di servizio, sarà inserita apposita clausola, secondo la quale il rapporto comporta l'obbligo di uniformare la propria condotta ai contenuti dello stesso ed ai documenti integrativi, in quanto compatibili.

In analogia con quanto indicato nel precedente Piano e nel Codice etico e di comportamento aziendale, alla luce delle disposizioni che disciplinano il rapporto tra personale dipendente dall'Università (sia che si tratti di personale in regime di diritto pubblico, sia che si tratti di personale contrattualizzato) e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale - in particolare per quanto disposto dal D.Lgs. n. 517/1999 - nello svolgimento delle attività inerenti l'assistenza sanitaria a tali soggetti si applicano i criteri e le disposizioni del presente Piano per quanto compatibili, stante l'inserimento nell'organizzazione aziendale e fatto salvo l'ordinamento specifico al quale tale personale è sottoposto. Quando si parla nel presente documento genericamente di dipendente/professionista viene compreso pertanto anche tale personale con le accezioni sopra evidenziate.

## **7 Organizzazione aziendale per l'attuazione della politica di prevenzione della corruzione**

L'organizzazione prevista all'interno dell'Azienda per l'attuazione della politica di prevenzione della corruzione, delineata nel presente documento ed in quelli integrativi), è costituita da:

- la **Direzione aziendale**

La direzione riveste un ruolo determinante di guida nell'attuazione della politica di prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità aziendale, condividendo gli obiettivi proposti dal Responsabile, considerandoli obiettivi strategici dell'organizzazione e sostenendone il raggiungimento con tutte le risorse necessarie.



La Direzione aziendale insieme alle Direzioni di Dipartimento/Area vengono considerate la parte che deve necessariamente sensibilizzare i dipendenti sull'importanza del rispetto delle regole e di quanto stabilito ai fini di prevenire i fenomeni di corruzione e *maladministration* all'interno dell'organizzazione.

- il **Responsabile per la prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità** (di seguito il Responsabile), nominato dal Direttore Generale con provv. n. 802 del 3 dicembre 2013, propone il Piano triennale per la prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità alla direzione aziendale per la sua adozione, verificandone di seguito l'efficace attuazione e la sua idoneità. Il Responsabile propone eventuali modifiche al "Piano" in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione. Controlla l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, verificandone la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, segnalando al Direttore Generale, all'OIV, all'ANAC e, nei casi più gravi, all'UPD, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione delle diverse responsabilità. Il responsabile inserisce il personale in percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, con prevalenza di quello operante in aree a rischio di corruzione alto (si richiama anche il paragrafo n. 2 del Piano anni 2014/2016).

#### - i **Dirigenti responsabili delle strutture aziendali**

I Dirigenti responsabili delle strutture aziendali concorrono con il Responsabile e la Direzione alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione ed a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti che afferiscono alla struttura cui sono preposti. L'attività di prevenzione della corruzione è dunque un'azione sinergica e combinata dove ai compiti del "Responsabile" è affiancata l'attività di tali Dirigenti, ai quali sono affidati precisi poteri propositivi ed obblighi di collaborazione, monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (Piano 2014/2016 pr. n. 4).

I Dirigenti responsabili di dipartimento/area e di unità operativa nell'esercizio delle proprie funzioni, in collaborazione con il proprio Referente, sono dunque tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti dei settori cui sono preposti, in particolare quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione.

#### - i **Referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza** (Allegato 2).

I Referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza (di seguito i Referenti) collaborano funzionalmente con il Responsabile, svolgendo attività di supporto in riferimento all'area di rispettiva assegnazione.

I Referenti sono anche investiti degli obblighi inerenti la trasparenza, pertanto dovranno inviare i flussi informativi obbligatori per l'implementazione del sito "Amministrazione Trasparente" e saranno responsabili, per la propria parte, della correttezza del dato inviato, del rispetto dei termini per l'invio e



della tenuta del corretto aggiornamento, in stretta collaborazione con il Dirigente responsabile della struttura di afferenza (Allegato 5).

I Referenti monitorano l'osservanza delle misure contenute nel Piano e nei documenti integrativi allo stesso per l'area di competenza, informando il proprio dirigente ed il Responsabile di eventuali inosservanze rilevate.

I Referenti saranno destinatari di specifica formazione, che dovranno successivamente diffondere all'interno della struttura di afferenza, nonché sondarne eventuali necessità di aggiornamento, allo scopo di rilevare il debito formativo e programmare le relative attività, in collaborazione con il Responsabile e la Formazione aziendale.

In caso di inottemperanza agli obblighi previsti dal presente paragrafo, i Referenti potranno essere sanzionati per responsabilità disciplinare insieme al dirigente responsabile, secondo le disposizioni previste dai codici disciplinari delle rispettive aree di appartenenza, nonché dai codici di comportamento.

In particolare i Referenti Amministrativi di Dipartimento (RAD) (art. 33 dell'Atto aziendale approvato con provvedimento n° 547/2014), quali Referenti anche per l'applicazione della politica aziendale sulla prevenzione della corruzione e trasparenza, costituiscono il riferimento per il Responsabile a livello di Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) di assegnazione.

- i **Referenti Sanitari di Dipartimento - RSD** (art. 33 dell'Atto Aziendale approvato con provvedimento n° 547/2014) collaborano con il RAD al fine di garantire la politica di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale all'interno del DAI di afferenza (Allegato 2), con particolare attenzione alle eventuali criticità inerenti i processi sanitari di riferimento.

- l'**Organismo di supporto stabile**, che va a sostituire l'originario Gruppo di Lavoro costituito con atto del Direttore Generale prot. n. 36091 del 25.10.2013, è coordinato dal Responsabile e composto da dipendenti individuati quali riferimenti dei vari servizi aziendali, funzionali all'attività di cui all'oggetto, che possono essere di tipo clinico, amministrativo o tecnico (vedi Allegato 3). Tale Organismo supporta in modo stabile l'attività del Responsabile su specifiche tematiche ed aree di attività aziendali. Si riunisce su convocazione del Responsabile e può comunque essere consultato diversamente a seconda delle necessità presentatesi. Oltre ad una parte a composizione fissa, può essere integrato a seconda delle tematiche affrontate. Ogni membro di tale entità si fa inoltre portavoce delle varie istanze derivanti dagli specifici servizi/attività aziendali di provenienza.

Fanno parte stabilmente di tale Organismo i Referenti e gli RSD.

I componenti dell'Organismo ed i Referenti sono tenuti a relazionare al Responsabile attraverso confronti periodici, fatte salve le situazioni di urgenza, rimanendo di fatto quest'ultimo sempre l'unico riferimento dell'intera politica di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale.



- la **Commissione di valutazione permanente aziendale**, istituita con provvedimento del direttore generale n. 799/2014, effettua, come scopo principale, verifiche tese a valutare la correttezza ed a certificare l'esistenza dei presupposti legittimanti le richieste di attribuzione di beni e dispositivi secondo le diverse percentuali indicate nei capitolati di gara.

Tutti gli operatori dell'Azienda sono comunque coinvolti nell'implementazione del Piano Triennale; nel dettaglio le diverse figure impegnate in questo processo sono:

**- tutti i dipendenti dell'Azienda:**

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel presente Piano e nel Codice etico e di comportamento ed in tutti i documenti integrativi;
- segnalano i casi di illecito e di conflitto di interessi;

**- i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda:**

- osservano le misure contenute nel presente Piano e nel Codice di Comportamento ed in tutti i documenti integrativi;
- segnalano le situazioni di illecito.

## 8 Processo di gestione del rischio di corruzione

La finalità principale della politica di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità, prevista nel precedente Piano e richiamata nel presente documento di aggiornamento, è quella di consentire l'emersione delle aree e dei relativi processi/procedimenti a rischio di corruzione medio/alto, che devono essere **presidiati mediante l'implementazione o l'adozione di misure di prevenzione**, già esistenti o nuove. Il presente Piano andrà pertanto progressivamente a mappare tutte le aree di attività aziendali, individuando il relativo rischio, nonché le azioni e gli strumenti necessari per prevenire quello medio/alto, stabilendo le priorità di trattazione.



Il concetto di “corruzione “ viene affrontato in senso lato considerando oggetto di analisi tutte le azioni che spaziano da un presupposto di reato in senso stretto fino ad arrivare alla *maladministration*, dando cioè conto di una devianza dal modello che la nostra Carta costituzionale individua in materia di apparati pubblici preposti al soddisfacimento dell'interesse generale, affinché il bene della collettività sia adeguatamente perseguito e realizzato da ogni pubblico agente nell'esercizio delle funzioni che gli sono affidate.



La **definizione di corruzione** assunta nel corso della nostra attività di prevenzione sarà quindi quella proposta dalla legge e dal Piano Nazionale, comprensiva delle varie situazioni in cui si riscontri **l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati**.

I fattori di rischio per questi fenomeni sono due: **l'asimmetria informativa** che esiste nel sistema sanitario ed il **conflitto di interesse**. Tutte le misure di prevenzione proposte cercheranno proprio di andare a lavorare sul contenimento di questi due aspetti, in primis attraverso la trasparenza dell'agire della nostra amministrazione.

Consapevoli delle gravi conseguenze che hanno i fenomeni corruttivi in termini di fiducia sui cittadini si intende contrastare il fenomeno, non solo in termini repressivi, ma soprattutto in termini preventivi, come richiesto dal legislatore.

Il processo di gestione del rischio è circolare, parte dalla mappatura dei processi e procedimenti e termina con la valutazione ed il monitoraggio degli stessi. In modo sintetico le fasi sono:

- a. la **mappatura dei processi/procedimenti** di ogni area aziendale considerata;
- b. la **valutazione del rischio** per ogni processo/procedimento;
- c. la definizione delle **misure per la sua prevenzione**, valutando quelle già in essere e quelle nuove da adottare;
- d. l'attività **di monitoraggio e valutazione** delle misure adottate.

Nel processo di gestione del rischio della nostra Azienda sono stati coinvolti tutti i Dirigenti responsabili delle strutture, le posizioni organizzative, i dipendenti a vario titolo coinvolti ed i Referenti interessati nei processi/procedimenti oggetto di analisi.

Per processo si è inteso un insieme di attività correlate, che creano valore trasformando delle risorse (*input* del processo) in un prodotto (*output*) destinato ad un soggetto interno o esterno all'Azienda, con un'accezione più ampia di quello di procedimento amministrativo.

E' stato concordato di effettuare comunque un'analisi dettagliata dell'attività aziendale, completa sia dei processi che dei procedimenti in senso stretto, cogliendo così l'occasione di procedere progressivamente anche ad una mappatura degli stessi a livello aziendale.

Per il 2014, quale obiettivo programmato, si è proceduto in via prioritaria alla mappatura dell'Area Tecnica ed Amministrativa ed in parte anche alla mappatura dell'area di Staff della Direzione aziendale. I gradi di rischio delle aree analizzate sono evidenziati in Allegato 4; **sarà obiettivo per il 2015 proseguire con la mappatura dei processi/procedimenti delle restanti aree amministrative (in particolare Direzione e Staff della direzione aziendale per le restanti aree di attività), per proseguire successivamente ad analizzare i processi pertinenti l'area sanitaria e della ricerca.**

Un elemento importante che sin da qui si vuole evidenziare in quanto scaturito in sede di *focus group* per l'analisi dei processi/procedimenti con i soggetti coinvolti, è l'associazione fra prevenzione del rischio e



**miglioramento organizzativo** dei processi oggetto di analisi. In tutti gli incontri svolti è emersa, al di là della presenza o meno del rischio di corruzione, l'opportunità e soprattutto la necessità, di migliorare l'organizzazione di alcuni processi ed attività aziendali.

E' inoltre emersa la necessità di implementare l'informatizzazione e la dematerializzazione dei processi aziendali, che dovrà necessariamente coinvolgere tutta l'Azienda e che sta già portando progressivamente ad una revisione della maggior parte dei percorsi sia tecnico-amministrativi che sanitari, favorendone la tracciabilità, la verifica e l'efficienza.

#### **a. La mappatura dei processi/procedimenti di ogni area aziendale**

La valutazione delle aree e dei processi/procedimenti a rischio è stata effettuata considerando la **metodologia** proposta dal Piano Nazionale (PNA), attraverso una *check-list* di domande concordata anche con le altre Aziende sanitarie ed ospedaliere di Area Vasta Centro. Si è inoltre deciso di integrare i risultati ottenuti dalla somministrazione delle domande, con un'analisi della percezione del rischio nelle diverse aree, portata avanti attraverso colloqui diretti con gli interessati, allo scopo di meglio calare i quesiti generici nella specificità del contesto analizzato.

Alla mappatura dei rischi forniscono supporto le strutture interne Accreditamento Qualità e Risk management e Clinica delle Organizzazioni.

L'individuazione delle aree di rischio è stata quindi il risultato di un processo complesso che ha visto la valutazione del rischio, realizzata attraverso la verifica "sul campo" dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi/procedimenti analizzati. Questa è stata realizzata dunque attraverso diverse azioni integrate, fra cui:

- il questionario proposto dal PNA e concordato quale strumento comune tra le Aziende di Area Vasta-Centro, punto di partenza dell'analisi;
- l'analisi quantitativa e qualitativa di valutazione del rischio percepito da parte degli operatori coinvolti;
- l'analisi dei casi ripresi dai media e dalla stampa nella nostra realtà, nonché a livello regionale e nazionale;
- i *focus group* con i dirigenti e con gli altri operatori al fine di evidenziare il potenziale rischio di illegalità e corruzione nelle aree considerate, calandolo nello specifico contesto analizzato;
- il *benchmark* con le altre Aziende del Servizio Sanitario.

Nelle aree evidenziate a rischio medio/alto è stato concordato per il 2015 di effettuare anche un successivo *audit* di approfondimento specifico con i dirigenti e gli operatori coinvolti, atto a valutarne in generale tutti gli aspetti di possibile *maladministration*, per la corretta individuazione delle misure di contenimento presenti o da adottare, nonché dei relativi strumenti di monitoraggio.



## **b. La valutazione del rischio**

L'impatto dei diversi rischi è stato misurato da almeno tre punti di vista: **economico, organizzativo e reputazionale**.

Elemento importante in questa fase è quello del confronto con le altre aziende al fine di evidenziare processi, rischi e misure di prevenzione, che possono essere utili anche alla nostra realtà; confronto che sta avvenendo con le altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale, ma anche con altre Aziende del territorio nazionale che partecipano al progetto "IlluminiamolaSalute".

Il tipo di analisi del rischio sopra delineato ha mostrato chiaramente che tutte le strutture ed i processi considerati possono essere interessati a fenomeni di corruzione/*maladministration* ed in ognuno possono esservi delle attività a rischio.

Per la gestione della prevenzione del rischio di corruzione è stata adottata una metodologia di mappatura e valutazione che, non limitandosi alla mappatura dei soli processi afferenti alle "Aree di rischio comuni e obbligatorie" per tutte le Pubbliche Amministrazioni previste nel Piano Nazionale Anticorruzione, ha preso in esame ulteriori processi amministrativi e tecnici che i responsabili di struttura hanno ritenuto opportuno valutare.

Come previsto dal PNA sono state in ogni caso coinvolte in primo luogo le aree obbligatorie, comuni a tutte le Pubbliche Amministrazioni previste dall'art. 1, comma 16, che sono:

- a) Area: acquisizione e progressione del personale;
- b) Area: affidamento di lavori, servizi e forniture;
- c) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari, privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- d) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

Si proseguirà anche per quest'anno sulle rimanenti aree amministrative da analizzare con la stessa modalità sopra evidenziata.

## **c. Le misure per la prevenzione**

Per ciascuna area a rischio medio/alto mappata verranno quest'anno valutate le misure di prevenzione già esistenti, proposte quelle nuove, o considerate eventuali necessarie implementazioni, per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, cercando di applicare prioritariamente le misure preventive, che in termini di costi economici ed organizzativi, non superino i benefici attesi.



#### **d. Il monitoraggio e la valutazione**

La gestione del rischio si completerà con **l'azione di monitoraggio e valutazione** delle misure adottate, procedura che sarà strutturata all'interno dell'Organismo di supporto stabile ed avrà lo scopo di verificare l'efficacia delle misure adottate, nonché la loro necessaria successiva implementazione.

La rete di controlli e di *audit* "di secondo livello" così strutturata e finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati ed alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione, potrà avvenire attraverso:

- una rete interna;
- organismi esterni o organismi appositamente costituiti trasversalmente tra enti diversi del servizio sanitario (es. con le altre aziende, con altri Enti regionali o di altro tipo).

L'Organismo valuterà la scelta più opportuna da proporre alla direzione aziendale.

Lo stesso verificherà inoltre l'opportunità di adottare "Il Manuale dei Controlli", dove saranno indicate le misure previste per la gestione del rischio di corruzione alto e le relative procedure di monitoraggio.

### **9 La mappatura dei processi dell'area sanitaria e della ricerca**

A partire dal 2015 sarà previsto in forma incrementale l'avvio di un percorso di mappatura ed analisi anche dei processi afferenti alle attività sanitarie e della ricerca.

Tale attività dovrà essere attuata in linea con la progressiva riorganizzazione del sistema sanitario regionale prevista a decorrere dal 2015, che richiederà un necessario coinvolgimento/coordinamento con le altre aziende sanitarie ed ospedaliere, ma anche con le università.

Sarà compito dell'Organismo di supporto stabile proporre alla direzione i processi da analizzare, evidenziando quelli che dovrebbero essere monitorati in via prioritaria, integrandosi nel contesto organizzativo sopra delineato.

### **10 Codice etico e di comportamento aziendale**

Come previsto dalla normativa, con provvedimento del Direttore Generale n. 499 del 18.07.2014, è stato adottato il Codice etico e di comportamento aziendale (di seguito Codice) che prevede principi etici e regole comportamentali specifiche, che richiamano ad un approccio concreto, in modo da far comprendere ai dipendenti, con facilità, il comportamento eticamente e giuridicamente adeguato nelle diverse situazioni.

Il Responsabile ha inoltre elaborato guide comportamentali contenenti elementi di sintesi della recente normativa in materia di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità, partecipata ai dirigenti responsabili delle strutture aziendali e pubblicata sul sito "Amministrazione Trasparente" a disposizione di tutti i dipendenti, in periodico aggiornamento.



Ogni professionista aziendale è tenuto a conoscere la normativa in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza, nonché il codice etico e di comportamento aziendale, rispondendo personalmente in caso di violazione.

Attraverso i diversi uffici competenti sono stati predisposti adeguati moduli per la certificazione dei conflitti di interessi e schemi tipo di contratto/convenzione, bando, inserendo la condizione dell'osservanza dei Codici di comportamento anche per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo.

Il Responsabile e l'UPD si sono occupati nel corso del 2014 di emanare pareri sull'applicazione del Codice e di fornire indicazioni per i casi dubbi.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari sarà il servizio che si occuperà di emanare pareri sull'applicazione del codice di comportamento e di fornire indicazioni per i casi dubbi, con il supporto del Responsabile e degli Affari Legali, ove necessario.

L'UPD ogni anno dovrà proporre eventuali modifiche/integrazione al Codice sulla base delle risultanze dei procedimenti disciplinari relativi all'anno in corso.

E' inoltre in corso da parte dell'UPD un aggiornamento dei Codici disciplinari con la recente normativa in tema di prevenzione della corruzione che si concluderà nel 2015.

Al fine di dare piena diffusione ed applicazione a quanto disposto dal Codice e dalla recente normativa in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza, sarà programmata nel corso del 2015, con il supporto delle strutture aziendali Formazione, Clinica delle Organizzazioni, Amministrazione del Personale e UPD, un percorso formativo obbligatorio in FAD, rivolto a tutti i professionisti aziendali.

## **11 Gestione dei conflitti di interesse**

Per conflitto di interessi, reale o potenziale, si intende qualsiasi relazione, intercorrente tra un professionista ed altri soggetti, che possa risultare di pregiudizio per l'Azienda, in particolare quando vi sia il rischio che un interesse privato possa condizionare gli atti riguardanti un primario interesse istituzionale.

Il conflitto di interessi può ricondursi a tutti i casi in cui sussista il rischio che il professionista si avvalga della propria posizione all'interno dell'Azienda per favorire se medesimo o un soggetto verso il quale è in qualche modo legato, o nei casi in cui possa essere comunque messa in dubbio la sua imparzialità nell'assumere decisioni verso soggetti esterni che hanno con l'Azienda rapporti contrattuali o di fornitura di beni e/o servizi.

Il professionista informa tempestivamente per iscritto il proprio Dirigente responsabile degli eventuali conflitti di interesse (anche potenziali), che possono coinvolgerlo in relazione al servizio di appartenenza, limitatamente alle attività a lui affidate, precisando, se tale conflitto è in prima persona, o riguarda suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente.



Il Dirigente responsabile, coadiuvato dal proprio Referente, valuta la presenza o meno di conflitto di interesse, anche potenziale, del personale assegnato, con la possibilità di avvalersi anche del supporto giuridico della UOc Amministrazione del personale.

In presenza di situazioni di conflitto di interessi, personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il terzo grado, che possano pregiudicare l'agire corretto ed imparziale del professionista, il Dirigente responsabile della struttura invita lo stesso ad astenersi dal prendere decisioni o svolgere le attività inerenti.

A tal proposito si richiama anche il codice etico e di comportamento aziendale.

### **11.1 Svolgimento di incarichi esterni**

Le novità introdotte dalla L. n. 190/2012 e ss.ii.mm., in materia di svolgimento da parte dei dipendenti pubblici di incarichi interni ed esterni, anche non retribuiti, sono volte a rendere più severe le valutazioni che le amministrazioni di appartenenza, devono svolgere al fine di appurare l'insussistenza di un qualche conflitto di interesse (anche solo potenziale) nello svolgimento delle proprie attività lavorative e tra quelle e le attività svolte all'esterno dell'Azienda; anche allo scopo di garantire il rispetto dei principi di esclusività del dipendente pubblico e di buon andamento della pubblica amministrazione, già sanciti nella Costituzione, mediante la verifica dell'insussistenza di incompatibilità organizzativa e vigilanza sul divieto di cumulo degli impieghi.

A tale scopo, la strategia di prevenzione del rischio di corruzione approntata dal legislatore prevede che il dipendente renda accessibili, al proprio responsabile ed all'Azienda, attraverso una serie di dichiarazioni e comunicazioni, determinate informazioni anche di carattere privato, ai fini della possibile valutazione dell'assenza del conflitto di interesse. A tale fine i competenti uffici del personale, in stretta collaborazione con il dirigente responsabile, predispongono apposita modulistica tesa a rilevare dette possibili situazioni di conflitto.

Nel corso del 2015 gli uffici del personale, in collaborazione con le strutture interessate, si preoccupano di far compilare e firmare progressivamente tali moduli a tutto il personale. Il contenuto delle autocertificazioni sarà di seguito valutato in collaborazione con i dirigenti responsabili. Tali uffici si struttureranno inoltre per rilevare annualmente i nuovi conflitti di interesse emersi, secondo quanto richiesto dalla normativa.

Ai fini di un più efficace raggiungimento dell'obiettivo sopra richiamato e nel rispetto della dematerializzazione, l'Azienda predisporrà specifici adattamenti tecnici e procedure organizzative affinché le dichiarazioni e comunicazioni obbligatorie, previste dalla recente normativa e dal Codice etico e di comportamento, possano essere rese dal dipendente per via telematica, attraverso un "Portale del Dipendente", in un'ottica di efficienza dei processi di verifica e di organicità nella gestione delle informazioni riguardanti il personale.



## 11.2 Gli incarichi extra-istituzionali

Per quanto concerne invece più specificamente l'**autorizzazione a svolgere attività ed incarichi extra-istituzionali** e la relativa procedura di verifica da parte della UOc Amministrazione del Personale, nel 2015 sarà adottato uno specifico regolamento, quale misura necessaria già prevista dal Piano Nazionale Anticorruzione e da quello aziendale 2014/2016, che costituirà parte integrante e sostanziale del presente documento.

Nel 2015 i competenti uffici aziendali e quelli dell'Università degli Studi di Firenze dovranno concordare il processo di valutazione dei conflitti di interesse inerenti le attività sopra richiamate del personale universitario in afferenza assistenziale, ogni qualvolta presentino riflessi sull'assistenza.

## 11.3 Le cause di incompatibilità ed inconferibilità

I competenti uffici del personale nel corso del 2014 si erano attivati per dare attuazione al D.Lgs. n. 39/2013, atto a rilevare eventuali cause di incompatibilità ed inconferibilità, richiamate dall'interpretazione formulata da ANAC nella delibera n. 58/2013. Nel 2015 si darà diversamente applicazione a quanto precisato dalla successiva delibera ANAC n. 149/2014 che, sostituendo per intero la precedente, rende applicabili le previsioni del decreto solo agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (in linea anche con la sentenza n. 5583/2014 emessa dalla terza sezione del Consiglio di Stato).

## 12 Comunicazione

Uno degli strumenti essenziali nel percorso della prevenzione della corruzione e dell'illegalità è l'aspetto della comunicazione delle diverse attività, sia nei confronti degli operatori interni e dei collaboratori, sia dei cittadini e di tutti gli *stakeholder* aziendali.

A questo riguardo è attiva la collaborazione con la struttura aziendale della Comunicazione, anche attraverso i relativi riferimenti (Allegato 2 e 3).

Nel corso del 2015 verrà predisposto un opuscolo sul Codice etico e di comportamento aziendale da distribuire a tutti i dipendenti ed i portatori di interesse dei servizi dell'Azienda, ai fini di una maggiore e semplificata diffusione dei principi ispiratori e delle regole interne.

### 12.1 Rapporti con la società civile

Al fine di disegnare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione, verranno realizzate forme di sensibilizzazione e consultazione della cittadinanza, finalizzate alla promozione della cultura dell'etica pubblica e della legalità, con il coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni portatrici di interessi collettivi; è stata all'uopo attivata anche una mail dedicata ([anticorruzione@aou-careggi.it](mailto:anticorruzione@aou-careggi.it)) per accogliere le segnalazione e le proposte sulla politica di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale.





Sempre a tale finalità verrà istituito un sistema di segnalazione di illeciti/*maladministration* aperto all'esterno, dove gli interessati potranno segnalare, anche in modalità informale, episodi di cattiva amministrazione, conflitto d'interesse, corruzione, tramite il sito *web* aziendale, per mail ([anticorruzione@aou-careggi.it](mailto:anticorruzione@aou-careggi.it)), ma anche attraverso la rete degli uffici per la relazione con il pubblico, con cui il Responsabile ha costituito uno stabile collegamento.

Nel corso del 2015 saranno sviluppati a tal fine strumenti comunicativi semplificati per i cittadini, al fine di potenziarne la partecipazione ed il contributo sul tema dell'integrità del sistema sanitario.

E' obiettivo del 2015 rafforzare anche i rapporti di collaborazione con le Associazioni accreditate con le quali sarà stipulato un protocollo d'intesa contenente anche i principi inerenti tale politica. In collaborazione con le varie forme di associazionismo accreditato saranno attivati momenti di confronto, con gruppi di cittadini interessati, allo scopo di segnalare le criticità incontrate nei servizi aziendali e suggerire possibili miglioramenti dell'organizzazione. Tale attività sarà condotta in sinergia con i servizi aziendali preposti.

Anche la Giornata della Trasparenza anno 2015, organizzata dalla struttura della Comunicazione di concerto con lo *Staff*, avrà come obiettivo principale il coinvolgimento della cittadinanza ed in particolare degli *stakeholder* interni ed esterni.

## **12.2 Rapporti con le società partecipate/controllate**

Gli Enti di diritto privato partecipati/in controllo da parte dell'Azienda, elencati nell'apposita sezione del sito "Amministrazione Trasparente", così come previsto dalla normativa, sono tenuti ad introdurre e ad implementare adeguate misure organizzative e gestionali per ridurre il rischio di corruzione ed illegalità.

In linea con il "Documento condiviso dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione per il rafforzamento dei meccanismi di prevenzione della corruzione e di trasparenza nelle società partecipate e/o controllate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze" adottato a Dicembre 2014: le società direttamente o indirettamente controllate, sono quelle individuate ai sensi dell'art. 2359, comma 1, numeri 1 e 2, del codice civile; le partecipate, sono invece quelle in cui la partecipazione pubblica non è idonea a determinare una situazione di controllo. La distinzione non ha carattere meramente formale, bensì, conforma in modo differenziato l'applicazione della normativa anticorruzione, in ragione del diverso grado di "coinvolgimento" in qualità di azionista all'interno delle due diverse tipologie di società.

In merito al "**rapporto di controllo**", la Funzione Pubblica nella circolare n. 1/2014 sostiene che la lettura integrata delle disposizioni dell'art. 11 e dell'art. 22 del D.Lgs. n. 33/2013 conduce a considerare come "controllati":

1. in primo luogo, gli enti di diritto privato e non le sole società partecipate, in tal modo estendendo, coerentemente con le finalità indicate dalla legge, l'ambito di applicazione degli obblighi di pubblicità anche a soggetti di diritto privato non aventi la forma della società (fondazioni, associazioni, consorzi, ecc.);



2. in secondo luogo, gli enti che siano, da un lato, sottoposti al controllo di cui all'art. 2359 del Codice Civile e, dall'altro, siano "costituiti o vigilati da pubbliche amministrazioni nei quali siano riconosciuti, anche in assenza di una partecipazione azionaria, poteri di nomina dei vertici o dei componenti degli organi", secondo la definizione dell'art. 22.

Tutte le società, controllate e partecipate, dunque ove non abbiano adottato il modello previsto dal D.Lgs. n. 231 del 2001, sono comunque tenute alla sua adozione. Depone in tal senso il tenore letterale dell'art. 1 del predetto decreto (che dispone espressamente che le sue disposizioni non si applicano solo "...allo Stato, agli enti pubblici territoriali, agli altri enti pubblici non economici nonché agli enti che svolgono funzioni di rilievo costituzionale"), e nonché l'orientamento seguito dalla Suprema Corte di Cassazione.

#### **a. Controllate.**

Pertanto, le misure contemplate dalla legge n. 190 del 2012 devono trovare applicazione per le società controllate, anche nei casi in cui le stesse abbiano già adottato il modello previsto dal D.Lgs. n. 231/2001: invero, l'ambito di applicazione dei due interventi normativi sopra menzionati non coincide; difatti, mentre le norme contenute nel D.Lgs. n. 231 del 2001 sono finalizzate alla prevenzione di reati commessi nell'interesse o a vantaggio della società/ente, la legge n. 190 del 2012 persegue la finalità di prevenire condotte volte a procurare vantaggi indebiti al privato corruttore in danno dell'ente/società controllata.

L'organo di governo della società/ente provvede alla nomina del responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), il quale elabora le misure integrative sopra indicate, che costituiscono il "*Piano di prevenzione della corruzione*" della società/ente e le sottopone al vertice amministrativo (consiglio di amministrazione o altro organo con funzioni equivalenti); tale atto dovrà essere pubblicato sul sito istituzionale dell'ente/società ed essere trasmesso all'Azienda.

E' compito dell'Azienda in quanto controllante adottare tutte le misure necessaria per vigilare sull'effettiva adozione del piano e della nomina del RPC da parte delle controllate.

#### **b. Partecipate.**

Per le società/enti partecipati è invece sufficiente l'adozione del modello previsto dal D.Lgs. n. 231 del 2001, purché integrato, limitatamente alle attività di pubblico interesse eventualmente svolte, con l'adozione di misure idonee a prevenire ulteriori condotte criminose in danno della pubblica amministrazione, nel rispetto dei principi contemplati dalla normativa anticorruzione. La predisposizione di tali misure non implica l'elaborazione di un "*Piano di prevenzione della corruzione*" da parte della società/ente, che resta soggetta al regime di responsabilità previsto dal d.lgs. n. 231 del 2001.

Nel corso del 2014 è stato dato avvio ad un più stretto rapporto con tali Enti, (in particolare Fondazione Careggi ed Immobili Careggi) coinvolgendoli anche nei percorsi formativi aziendali in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza organizzati dall'Azienda.



Nel corso del 2015 l'Azienda dovrà implementare i rapporti con detti Enti, i quali per loro parte dovranno organizzare un idoneo sistema informativo per monitorare l'attuazione delle misure sopra indicate e sistemi di raccordo finalizzati a realizzare il flusso delle informazioni.

### **13 Le reti**

Al fine di far crescere i rapporti con le altre realtà regionali e nazionali è nostra intenzione rafforzare la collaborazione con i Responsabili per la prevenzione della corruzione e trasparenza delle altre Aziende del Sistema Sanitario Regionale per uniformarne i processi comuni.

L'Azienda partecipa infatti ad un "Gruppo regionale Anticorruzione e Trasparenza", quale elemento di strategia congiunta tra le varie aziende, allo scopo di creare linee guida comuni e di condividere il materiale documentale, normativo e di prassi, utile per tutte le aziende del territorio.

Risulterà inoltre importante la partecipazione al progetto nazionale "Illuminiamolosalute" allo scopo di inserirsi nella rete di collegamenti di rilievo nazionale, utile allo scambio delle buone pratiche ed a condividere i percorsi.

Nel corso del 2015 è nostra intenzione programmare anche incontri con le autorità di pubblica sicurezza (Prefettura, Questura, Procura, Carabinieri del N.A.S., Guardia di Finanza), allo scopo di presentare loro la politica di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale, nella speranza di poter costituire con gli stessi un proficuo rapporto di collaborazione anche per l'eventuale adozione di protocolli d'intesa.

### **14 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni (c.d. *whistleblower*)**

Nel corso di quest'anno è stata svolta un'attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione tra i dipendenti sui diritti e sugli obblighi relativi alla divulgazione delle segnalazioni di azioni illecite e di *maladministration*, adottando anche un'apposita procedura per la segnalazione di *whistleblowing*, che prevede alcuni accorgimenti per la tutela del dipendente che segnala, prevedendo un obbligo di riservatezza da parte del Responsabile e delle persone da lui identificate per gestire tali informazioni. La procedura è pubblicata sul sito *intranet* aziendale a disposizione di tutti i professionisti.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito può darne notizia anche al Comitato Unico di Garanzia (CUG). Il presidente del CUG deve riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica, se la segnalazione non è già stata effettuata dal Responsabile.

**Per il 2015 verrà predisposto un sistema di segnalazione criptata via *web* allo scopo di meglio garantire l'anonimato del segnalante.**

**Sempre per il 2015 sarà esteso tale sistema di segnalazione agli utenti esterni approntando le medesime garanzie.**



A seguito di tali previsioni è stato integrato anche lo specifico regolamento adottato con provv. del direttore generale n. 185/2014 (si veda P/903/151- rev. 1); il nuovo documento viene adottato insieme al presente Piano, quale allegato alla delibera di adozione, a costituirne parte integrante e sostanziale.

Verrà elaborata a fine anno una reportistica riassuntiva dell'attività di segnalazione pervenuta.

## **15 La Formazione**

La formazione rappresenta, alla luce degli obiettivi generali del presente Piano, lo strumento principe per creare un **contesto sfavorevole** alla corruzione su cui la nostra Azienda ha investito notevoli risorse fin dalla stesura del precedente Piano, nella convinzione che la corruzione, soprattutto quando diviene sistemica sia, oltre che un comportamento illegale del singolo, anche indicatore di una cultura che, se radicata, mette in pericolo la vita stessa dell'organizzazione. I dipendenti sono stati accompagnati in questo percorso, consapevoli che non si tratta di un adeguamento passivo dei singoli ad una norma, ma di costruire le condizioni affinché avvenga un reale cambiamento organizzativo a cui tutti possano partecipare attivamente.

Ai corsi organizzati nel 2014 come formazione obbligatoria ha partecipato un totale di circa n. 811 dipendenti, in particolare:

Personale Dirigente Medico	n. 325
Personale infermieristico	n. 151
Personale Amministrativo	n. 209
Personale Tecnico	n. 126

A questo fine la formazione dedicata alla prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità rientrerà anche per quest'anno fra i capitoli del Piano Formativo Aziendale 2015-2016.

In generale saranno previste due diverse tipologie di formazione, una di tipo generale per tutti i dipendenti e una specifica per particolari funzioni aziendali, sia per il livello di rischio, sia per l'attività specifica svolta.

La formazione generale è rivolta a tutti i professionisti e riguarda sia le tematiche dell'etica e della legalità, sia una conoscenza approfondita del presente Piano e del Codice etico e di comportamento aziendale.

La formazione specifica è invece rivolta ai Referenti, ai collaboratori a vario titolo del Responsabile, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio di corruzione medio/alto.

Nel corso del 2015 verrà inoltre strutturato un piano di formazione specifico per il Responsabile rivolto all'implementazione delle conoscenze. A questo riguardo va segnalata in particolare l'adesione e collaborazione con:

- il progetto nazionale IlluminiamolaSalute ([www.illuminiamolasalute.it](http://www.illuminiamolasalute.it));
- la rete regionale e di area vasta dei responsabili per la prevenzione della corruzione.



Per il 2015 oltre alle giornate formative dedicate in particolar modo alle aree considerate a rischio di corruzione medio/alto, è in fase di programmazione un percorso di formazione in FAD rivolto a tutti i professionisti dell'Azienda, che avrà ad oggetto la normativa in tema di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità ed in particolare il codice etico e di comportamento aziendale. In tale percorso, a fianco della struttura della Formazione, sarà direttamente coinvolta la struttura aziendale Clinica delle Organizzazioni, l'Amministrazione del Personale e l'UPD, per la parte concernente l'etica e le specifiche conoscenze giuridiche e disciplinari.

Per favorire la conoscenza di questa normativa anche per chi entra in Azienda, tale corso interesserà anche i "Nuovi Assunti", con l'obiettivo di far acquisire e comprendere tali importanti principi sin dai primi momenti di vita in Azienda.

E' nostra convinzione che tale tipo di impostazione debba trovare origine già nelle scuole di formazione/specializzazione del personale sanitario, dove i formatori dovrebbero assumere il primario compito di educare gli studenti all'etica della professione e della ricerca, sia per evitare che abusi del passato abbiano a ripetersi nel presente e nel futuro, sia per stimolare la riflessione sui problemi tuttora aperti, la cui soluzione è molto probabilmente nelle mani dei giovani attualmente in formazione; si presenterà a tal fine una proposta di collaborazione all'Università.

## **16 Innovazione e sviluppo**

Rientra nella politica di prevenzione della corruzione, oggetto del presente Piano, anche la lotta agli sprechi, quali fenomeni di *maladministration* e lo sviluppo degli investimenti mancati, oltre ad un utilizzo non ottimizzato della dotazione tecnologica già disponibile in Azienda.

L'Azienda intende pertanto investire nel 2015 sull'innovazione tecnologica, intesa in senso lato (ivi comprensiva anche di tutta la parte di analisi di processo e gestione organizzativa) ritenendo che sia non solo sviluppo "tecnologico", ma anche un modo di pensare nuovo, in rete e "globale", per migliorare l'erogazione di assistenza sanitaria al cittadino nel suo complesso. A tal fine si prevede di introdurre, laddove sia ritenuto necessario, quelle tecnologie più confacenti all'attività assistenziale e di ricerca.

Importante anche ai fini di scelte trasparenti è la riorganizzazione del processo di valutazione, acquisto e monitoraggio delle tecnologie sanitarie (HTA) e la prosecuzione ed il rafforzamento del percorso di sviluppo di strumenti digitali di informazione e servizi a favore dell'utenza (*wifi free*, Totem, App per *smart phone* e *tablet* - progetto generale Careggi Smart Hospital).

La *Health Technology Assessment* (HTA), quale metodo di valutazione multidisciplinare, economica, etica, scientifica, organizzativa e sociologica delle tecnologie mediche in campo sanitario, in particolare contribuisce a far sì che la conoscenza esplicita non incontri difficoltà a penetrare tra le abitudini e la prassi della comunità scientifica, attraverso valutazioni oggettive e l'utilizzo di metodiche standardizzate. Con il termine tecnologie mediche si fa sostanzialmente riferimento a cinque macro-aree: farmaci, dispositivi medici, procedure (mediche e chirurgiche) terapeutiche, di diagnosi e prevenzione, sistemi di supporto, sistemi di organizzazione e gestione.



Si ritiene che, a prescindere dal quadro economico congiunturale, si impongano delle scelte di introduzione e modifica dell'assetto tecnologico e strategico nel perimetro dell'innovazione e sviluppo, in modo da ottimizzare le risorse attuali, garantendone la qualità del servizio erogato. Per sostenere questi obiettivi saranno comunque necessari investimenti nel campo della ricerca e dell'innovazione.

In merito a tali obiettivi si fa riferimento anche al Piano della *Performance*.

## **17 Collegamento con il ciclo delle Performance**

Il PTPC e il PTTI devono essere integrati tra loro e con il Piano della *Performance*, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, per la parte di competenza. Il quadro normativo ha visto il susseguirsi di una serie di provvedimenti in materia di prevenzione della corruzione (L. n. 190/2012, D.Lgs. n. 39/2013, L. n. 98/2013), di trasparenza (D.Lgs. n. 33/2013) e di ciclo della *performance* (D.Lgs. n. 150/2009 come modificato dalle leggi nn. 135/2012 e 125/2013), facendo sorgere un'esigenza di coordinamento delle diverse disposizioni. In tal senso, l'Autorità già con delibera n. 6/2013 ha promosso l'attuazione di un ciclo "integrato" indirizzando le amministrazioni verso la definizione, all'interno del Piano della *Performance*, di obiettivi riguardanti la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità; ulteriori indicazioni operative in tal senso sono state recentemente fornite a tutte le amministrazioni pubbliche ai fini dell'avvio del ciclo della *performance* 2014-2016. Allo stesso tempo, la delibera n. 50/2013 ha previsto che vi sia un esplicito collegamento fra il Piano della *Performance* e gli obiettivi indicati nel PTTI. Successivamente il PNA, come richiamato dal precedente Piano aziendale, predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato dall'Autorità con la delibera n. 72/2013, ha previsto la coerenza tra gli obiettivi indicati nei PTPC con quelli previsti nei Piani della *Performance*.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte, il documento presentato in queste pagine viene elaborato con l'intento di dare attuazione ad un ciclo "integrato", garantendo una coerenza tra gli ambiti comuni sviluppati nel Piano della *Performance*, nel PTPC e nel PTTI. La coerenza tra i tre documenti viene realizzata sia in termini di obiettivi, indicatori, *target* e risorse associate, sia in termini di processo e modalità di sviluppo dei contenuti.

Per rendere chiara l'integrazione degli strumenti programmatori e garantire il collegamento tra *performance* e prevenzione della corruzione, nei Piani della *Performance* sarà esplicitamente previsto il riferimento a obiettivi, indicatori e *target* relativi ai risultati da conseguire tramite la realizzazione del presente Piano: nel Piano della *Performance* 2014-2016, in corso di adozione, saranno pertanto previsti obiettivi, indicatori e *target* sia per la *performance* organizzativa (tramite indicatori di risultato e di processo, prevalentemente associabili al livello strategico ed operativo) sia per la *performance* individuale (obiettivi assegnati al Responsabile della prevenzione della corruzione, al personale di supporto allo stesso ed al personale dirigente a vario titolo coinvolto nella realizzazione del Piano).

## **18 Processi aziendali per la prevenzione del rischio di corruzione (misure ulteriori)**

Sono in corso di sviluppo alcune misure ulteriori rispetto a quelle obbligatorie, che hanno anche la finalità di rendere più trasparenti alcuni processi aziendali potenzialmente a rischio di corruzione medio/alto.

**a. Informatizzazione e dematerializzazione dei processi:** misura trasversale consistente nell'implementazione di un sistema di supporto informatico alle attività aziendali che ne consenta la tracciabilità al fine di ridurre il rischio di "blocchi" non controllabili, con l'emersione delle responsabilità per ciascuna fase; in particolare la misura dovrà intervenire sulla gestione delle risorse umane (presenze), sulla gestione documentale (protocollo e modulistica/firma digitale), sui sistemi di prenotazione/gestione delle liste d'attesa e sui processi di investimento.

Nel corso del 2015 sarà strutturato il "Portale dei dipendenti" attraverso il quale risulterà possibile la diretta comunicazione con i dipendenti, anche allo scopo di far siglare loro, in modo informatico, la modulistica richiesta periodicamente dalla recente normativa, come quella relativa ai conflitti di interesse, di cui al precedente paragrafo 11.

**b. Monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali:** misura di carattere trasversale che rientra nella precedente tipologia, consistente nella realizzazione di un *sistema* dedicato allo scopo non solo di monitorare il rispetto dei termini procedurali, facendo emergere eventuali omissioni o ritardi che potrebbero comportare una sanzione a carico dell'Azienda, ma anche consentire l'emersione di eventuali fenomeni corruttivi o di *maladministration*. Tale procedura faciliterà anche la corretta pubblicazione dei dati sul sito "Amministrazione Trasparente".

**c. Controllo periodico delle partite IVA:** nel 2014 la UOc Amministrazione del Personale ha effettuato un controllo sull'eventuale titolarità delle partite IVA in capo a tutti i dipendenti in servizio in collaborazione con l'Agenzia dell'Entrate, allo scopo di rilevare eventuali attività extra-istituzionali illegittime non autorizzate. Nel corso del 2015 proseguirà il controllo nei confronti di tutti i nuovi assunti e saranno strutturate successive forme di controllo a campione nei confronti di tutti i dipendenti. Sarà valutata di concerto con l'Università l'opportunità di procedere al controllo anche nei confronti del personale universitario in afferenza assistenziale.

**d. Informatizzazione e dematerializzazione dei processi di investimento (multiproject)** - Provvedimento del DG n. 648/2014.

Tale progetto è nato dall'esigenza di far fronte ad una sempre crescente complessità della normativa in materia di appalti pubblici e consiste nell'adozione di un sistema efficiente e trasparente che rispetti, non solo la recente normativa di settore, ma che sia atto anche a prevenire fenomeni di corruzione.

Si considera necessario attuare un sistema di gestione complessiva del processo di realizzazione degli investimenti che ne governi tutte le fasi, dalla pianificazione alla realizzazione ed orientato alla gestione del ciclo di vita completo di un investimento.

La gestione di tutti i processi di investimento dovrà coinvolgere più direttamente la Direzione Aziendale che diventa elemento centrale delle fasi di avvio e monitoraggio durante l'attuazione. La riorganizzazione



riguarderà in seguito i processi interni alle strutture che gestiscono gli investimenti in una logica di *project management*. Tale nuova organizzazione dovrà garantire maggiore efficienza ed efficacia nella programmazione e realizzazione degli investimenti rappresentando quindi, anche una misura di contenimento del rischio di corruzione. Sarà possibile raggiungere tali obiettivi prevedendo in particolare più ampiamente:

- l'introduzione di elementi di innovazione e cambiamento nella gestione degli investimenti aziendali, con riferimento specifico alle logiche del *project management*, orientando più decisamente l'organizzazione aziendale ad una gestione per progetti;
- l'inserimento nella nuova gestione di regole chiaramente definite che offrano garanzie in tema di trasparenza e gestione del rischio corruzione, individuando ed attivando un sistema di controllo e monitoraggio di tutte le fasi del processo di investimento;
- un'adeguata formazione dei soggetti coinvolti, tanto attraverso il lavoro dei *team* di progetto che attraverso corsi strutturati, orientati alla diffusione e condivisione delle conoscenze acquisite all'interno del proprio ambito lavorativo;
- la standardizzazione, attraverso il lavoro dei *team* di progetto costituiti per l'innovazione nella gestione degli investimenti, di un metodo di gestione applicabile ai progetti di tutte le tipologie.

Il nuovo processo di pianificazione e gestione degli investimenti sarà pertanto incentrato sulla Direzione Aziendale e su un nuovo ruolo dei Gestori dei settori di investimento (lavori, tecnologie sanitarie e tecnologie informatiche), con implementazione di un sistema informativo MIS (*Management Information System*) a supporto delle attività di *management*, in grado di gestire le informazioni contenute nei computi metrici estimativi.

Il Referente del progetto relazionerà nel corso del 2015 il Responsabile sullo stato di avanzamento del progetto e sui riflessi dello stesso ai fini della politica di prevenzione della corruzione e trasparenza.

**e. Nuova gestione dei processi di interfaccia con l'utente** - Questa direzione aziendale ha impostato una generale riorganizzazione delle politiche di gestione della sua utenza orientate alla trasparenza ed alla efficienza.

Gli interventi hanno interessato molti processi in vari settori, sanitari e non sanitari, sempre con una visione integrata finalizzata anche a migliorare le relazioni tra strutture organizzative e funzionali, progettando e sviluppando tutte le possibili sinergie.

In quest'ottica, considerata la rilevanza che assume la gestione di tutti i rapporti diretti ed indiretti con la nostra utenza, peraltro oggetto di numerose segnalazioni di criticità, è stato avviato un progetto di riorganizzazione di tutti i processi che costituiscono l'interfaccia con i cittadini/utenti inerenti i percorsi ambulatoriali ed amministrativi.

Tale interfaccia è attualmente rappresentata sia da servizi a prevalente natura amministrativa, che servizi "tecnologici" e sanitari che dovranno essere parte di un unico processo, gestione interfaccia utenza, che garantisca una forte integrazione tra di loro.





Gli obiettivi del progetto, oltre a quello generale di costruire il macro processo sopra descritto, sono:

- Progettare e realizzare una modalità unica di gestione dell'utenza;
- Erogare servizi omogenei;
- Razionalizzare il personale ad oggi dedicato;
- Maggiore integrazione tra i processi sanitari e non sanitari;
- Adottare strumenti e modalità di erogazione dei servizi ad alta tecnologia e digitalizzazione;
- Migliorare il primo accesso ai nostri servizi da parte dell'utenza;
- Disincentivare, per i servizi dove è possibile farlo, la necessità di ricorrere ad accessi diretti;
- Ridurre l'affollamento delle sale di attesa ed gli eccessivi tempi di attesa.

Il progetto dovrà svilupparsi interessando sia l'organizzazione del personale attualmente impiegato in tutti i servizi di interfaccia con l'utenza (dalla programmazione delle attività ambulatoriali, alla prenotazione, all'accoglienza e orientamento, all'indirizzamento e gestione dei flussi fino alla erogazione dell'attività, sia sanitaria che amministrativa), sia la gestione dei servizi esternalizzati che l'impiego di sistemi informatici.

Il Referente del progetto relazionerà nel corso del 2015 il Responsabile sullo stato di avanzamento del progetto e sui riflessi dello stesso ai fini della politica di prevenzione della corruzione e trasparenza, come intesa dal presente documento.

#### **f. Gestione delle liste di attesa e ottimizzazione della programmazione chirurgica e dei servizi erogati**

L'Azienda, in ottemperanza a quanto stabilito con la della Delibera Giunta Regione Toscana n°638/2009 “ *Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi di attesa in regime istituzionale, sia ordinario che libero-professionale. Tutela del diritto di accesso dell'assistito*” e con il documento RFC 165 “ *Standard per la comunicazione in tempo reale delle liste di attesa per intervento e relativi tempi di attesa per Unità Operativa, nonché date ed esito di eventi specifici lungo il percorso di ciascun paziente dall'inserimento in lista alla dimissione post intervento*”, è impegnata in un profondo e strategico riassetto della programmazione chirurgica. La deliberazione della Giunta Regionale richiamata fornisce indicazioni alle aziende sanitarie per la realizzazione di un nuovo modello di organizzazione dell'accesso alle prestazioni chirurgiche, che individua un termine generale entro il quale tutti gli interventi chirurgici devono essere effettuati, stabilendo l'inserimento di tutti i pazienti in un unico registro di prenotazione chirurgica con indicazione della classe di priorità.

Tale intervento permette un più corretto accesso degli utenti e consentirà un'efficace comunicazione alla Regione di informazioni sulla numerosità dei pazienti in attesa (media, minima e massima) ed altri dettagli previsti per ciascun ambito di chirurgia ambulatoriale, ordinaria e *Day Surgery*, ma anche una corretta gestione delle schede di segnalazione che giungono dai cittadini in lista di attesa tramite *Call Center* regionale.



Determinante sarà l'avvio e la configurazione di un nuovo sistema *software* per la gestione informatizzata del percorso chirurgico, che consenta il rispetto delle norme vigenti, la mappatura dei percorsi chirurgici esistenti, la mappatura delle esigenze dei professionisti, la condivisione ed individuazione del percorso chirurgico *standard* aziendale, in un'ottica di trasparenza.

Questo permetterà inoltre di poter gestire le richieste provenienti da Autorità competenti e la pubblicazione dei relativi dati sul sito "Amministrazione Trasparente"/Sezione Servizi erogati/Tempi medi dei servizi erogati/Liste d'attesa, ad oggi in corso di implementazione.

In merito a tali obiettivi si veda anche il Piano della *Performance*.

Nel corso di questo anno la Direzione operativa in collaborazione con le strutture Igiene e organizzazione ospedaliera, Monitoraggio Performances Sanitarie, Chirurgia a ciclo breve e del DAI dei Servizi, secondo un calendario condiviso con la Direzione aziendale, svilupperà in modo implementare nel corso del triennio di riferimento del Piano, una modalità di pubblicazione dei dati relativi al monitoraggio dei tempi delle liste d'attesa e dei servizi erogati sul sito istituzionale sezione Amministrazione Trasparente, secondo quanto richiesto dalla recente normativa (in particolare Art. 32, co. 2, lett. b e Art. 41, c. 6, D.Lgs. n. 33/2013).

In particolare:

## **1. Direzione Operativa**

- **Liste d'attesa:** è prevista la pubblicazione ogni 6 mesi (da portare a 3 mesi entro la fine del 2015) di: tempi di attesa previsti (calcolati in base al tempo medio di attesa maturato dai pazienti presenti in lista) e tempi medi effettivi di attesa per interventi realizzati negli ultimi 12 mesi di attività.

- **Tempi medi di erogazione dei servizi ambulatoriali:** L'Azienda partecipa con l'area metropolitana all'erogazione delle prime visite ambulatoriali, pertanto saranno pubblicati sul sito "Amministrazione Trasparente/servizi erogati", in modo implementare, i dati relativi all'area metropolitana e quelli specifici dell'Azienda.

## **2. Dipartimento dei Servizi**

- **Tempi medi di erogazione dei servizi:**

### **ADO Diagnostica per Immagini**

- **Tempi di attesa prestazioni per ricoverati:** la priorità dell'ADO Diagnostica per Immagini, condivisa peraltro con la Direzione Aziendale in sede di contrattazione degli obiettivi di *budget*, è quella di garantire tempi di esecuzione/ refertazione predefiniti congrui con i percorsi diagnostico terapeutici e che non prolunghino i tempi di degenza.



**- Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali:** l'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi non eroga esami a pazienti esterni prenotabili attraverso CUP Metropolitan. La modalità di presa in carico da parte della Diagnostica per Immagini prevede infatti l'attivazione di percorsi di prenotazione ambulatoriale diretta, strumento utile alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso il confronto e la collaborazione dei Medici Clinici e dei Medici Radiologi dell'AOUC. Tale modalità contribuisce alla sinergia fra richiedenti ed erogatori di prestazioni, garantendo un allineamento temporale fra prestazioni e visite di controllo.

L'attivazione di questi percorsi di prenotazione diretta è resa possibile dalla modalità organizzativa di presa in carico dei pazienti, ovvero il Centro Unico Dipartimentale, costituito da un pool di professionisti dedicati che rappresenta:

- a) l'unica struttura che dispone delle liste di programmazione di tutte le SOD di radiodiagnostica di Careggi;
- b) la sede unica di destinazione delle richieste di esami di radiodiagnostica dei reparti o ambulatori di Careggi.

Questa modalità organizzativa ha consentito di:

- a) ridurre/uniformare i tempi di attesa;
- b) semplificare l'accesso alle prestazioni creando percorsi dedicati gestiti direttamente dai prescrittori;
- c) definire i criteri di priorità da parte dello specialista, in base al quadro clinico, nella formazione delle liste di attesa e di ridurre l'uso incongruo delle richieste urgenti, assicurando la migliore disposizione logica e temporale delle prestazioni;
- d) ridurre la duplicazione di esami specialistici;
- e) fornire ai reparti/ambulatori invianti un interlocutore unico responsabile della programmazione;
- f) incrementare la produttività attraverso la gestione da parte di un unico attore di tutte le agende del dipartimento.

In sostanza, l'obiettivo è quello:

- a) di rispettare i vincoli della sostenibilità economica;
- b) di far sì che ai pazienti vengano garantite omogeneità, equità, appropriatezza, tempistica nell'accesso e nella fruizione delle prestazioni.

La metodologia adottata consiste nell'utilizzo di strumenti di ottimizzazione del flusso del paziente che consenta di blindarne il percorso, sia che si tratti di prestazioni da eseguire in regime ambulatoriale, che di pre - ospedalizzazione, dimissione protetta, *follow up* o *day service*.

La modalità ordinaria di prenotazione ambulatoriale prevede pertanto sostanzialmente due tipologie di accessi:



- prenotazione diretta da parte dello specialista richiedente, che governa completamente il canale di prenotazione, di conseguenza l'appropriatezza e la tempistica di erogazione (si veda a riguardo la tabella di seguito riportata);
- presa in carico dell'utente presso i vari *front office* della radiodiagnostica per i pazienti non ancora inseriti in questi percorsi.

Questo modello organizzativo consente ormai dal 2011 la reale presa in carico del paziente facendo sì che non sia l'utente a stabilire i collegamenti tra i diversi punti del sistema, ma che sia il sistema stesso a guidarlo e ad accompagnarlo nel percorso di cura, secondo la logica del modello "Hub and spokes", cioè del "Hub" (mozzo) al quale vengono collegati tutti gli "spokes" (i raggi della bicicletta), dove il mozzo è rappresentato dal Centro Unico Dipartimentale, il centro della rete, ed i raggi da tutte le postazioni satellite abilitate alla prenotazione, in una logica di rete nella gestione dei pazienti.

L'obiettivo è quello di ampliare l'offerta di prestazioni a disposizione dei prescrittori in modo da coprire interamente il fabbisogno dei pazienti presi in carico dall'AOUC. Permane attualmente una quota parte di domanda in attesa attraverso il canale suddetto, prevalentemente relativo a pazienti in *follow-up* di lungo periodo, che vengono presi in carico mediante l'accesso di persona al *Front Office* delle radiologie o via e-mail. L'atteso decremento di quest'ultima modalità di presa in carico, in proporzione all'aumento degli *slot* di prenotazione diretta offerti ai prescrittori non si è verificato in relazione all'incremento della domanda globale di prestazioni di diagnostica per immagini all'interno dell'AOUC. Solo per tale fascia di pazienti quindi, in *follow up* di lungo periodo, si può verificare un incremento dei tempi di attesa.

Di seguito i dati relativi all'attività erogata dall'ADO di Diagnostica per Immagini del Dipartimento dei Servizi dell'AOUC (Tab 1.) che dimostra il significativo incremento del numero di prestazioni erogate, isorisorse, nell'anno 2014 versus il 2013. L'incremento della valorizzazione delle prestazioni è rappresentativo del prevalente ampliamento dell'offerta di esami di diagnostica più complessa (Tomografia Computerizzata e Risonanza Magnetica).

#### **ADO Laboratorio** -Tempi di attesa prestazioni per ricoverati.

L'obiettivo dell'ADO è quello di garantire tempi di attesa minimi, condivisi, per esami richiesti in regime di urgenza ed emergenza.

Vedi allegato 3 (report SOD Laboratorio Generale), Tempi di risposta esami per pazienti esterni

Vedi tabella pubblicata sul sito *internet* dell'Azienda [www.aou-careggi.toscana.it](http://www.aou-careggi.toscana.it) (Esami di Laboratorio).

**Tab. 1**

	2013		2014		SCOSTAMENTI			
	N° PRESTAZIONI	VALORE ECONOMICO	N° PRESTAZIONI	VALORE ECONOMICO	N° PRESTAZIONI	% N° PRESTAZIONI	VALORE ECONOMICO	% VALORE ECONOMICO
Esterno	98.222	€ 10.044.327	109.806	€ 11.513.287	11.584	+11,79%	+1.468.960	+14,62%
Esterno PPO	10.291	€ 1.127.370	9.883	€ 1.154.760	-408	-3,96%	+27.390	+2,43%
Ricoverati Enti Esterni	1.632	€ 240.829	1.801	€ 272.657	169	+10,36%	+31.828	+13,22%
In Convenzione	410	€ 72.091	203	€ 35.198	-207	-50,49%	-36.893	-51,18%
Sperimentazione Clinica	817	€ 113.428	1.122	€ 174.420	305	+37,33%	+60.992	+53,77%
Paganti	118	€ 11.276	56	€ 8.444	-62	-52,54%	-2.832	-25,12%
Progetti Esterni	65	€ 11.050	15	€ 2.550	-50	-76,92%	-8.500	-76,92%
<b>ESTERNI</b>	<b>111.555</b>	<b>€ 11.620.371</b>	<b>122.886</b>	<b>€ 13.161.316</b>	<b>11.331</b>	<b>+10,16%</b>	<b>+1.540.945</b>	<b>+13,26%</b>
Interni Careggi	88.017	€ 6.709.425	84.712	€ 6.494.876	-3.305	-3,75%	-214.549	-3,20%
Day Hospital	5.386	€ 674.809	4.394	€ 588.013	-992	-18,42%	-86.796	-12,86%
Dimissione Protetta	2.276	€ 296.530	2.831	€ 382.176	555	+24,38%	+85.646	+28,88%
Pre ospedalizzazione	9.902	€ 264.189	10.167	€ 272.315	265	+2,68%	+8.126	+3,08%
<b>INTERNI</b>	<b>105.581</b>	<b>€ 7.944.953</b>	<b>102.104</b>	<b>€ 7.737.380</b>	<b>-3.477</b>	<b>-3,29%</b>	<b>-207.573</b>	<b>-2,61%</b>
PS CTO	52.271	€ 1.535.281	52.640	€ 1.535.953	369	+0,71%	+672	+0,04%
PS DEA	58.239	€ 3.512.158	59.364	€ 3.626.073	1.125	+1,93%	+113.915	+3,24%
PS Oculistico (fino 2/11/2014)	124	€ 12.029	102	€ 9.600	-22	-17,74%	-2.429	-20,19%
PS Otorinolaringoiatrico (fino 2/11/2014)	186	€ 7.161	185	€ 5.915	-1	-0,54%	-1.246	-17,40%
<b>PS</b>	<b>110.820</b>	<b>€ 5.066.629</b>	<b>112.291</b>	<b>€ 5.177.541</b>	<b>1.471</b>	<b>+1,33%</b>	<b>+110.912</b>	<b>+2,19%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>327.956</b>	<b>€ 24.631.953</b>	<b>337.281</b>	<b>€ 26.076.237</b>	<b>9.325</b>	<b>+2,84%</b>	<b>+1.444.284</b>	<b>+5,86%</b>
Libera Professione	4.219	€ 173.689	5.354	€ 249.893	1.135	+26,90%	+76.204	+43,87%

## 19 Misure da adottare per la prevenzione del rischio di corruzione

Nel corso del 2014, a seguito della mappatura dei processi/procedimenti delle Aree aziendali oggetto di analisi, è emersa con i dirigenti ed i referenti delle strutture coinvolte la necessità di implementare o attivare nel corso di quest'anno le seguenti misure di prevenzione della corruzione:

**a. Regolamenti:** è stata prevista l'adozione nel 2015 del:

- regolamento per l'autorizzazione agli incarichi extra-impiego e costituzione di un coordinamento con l'Università per il personale in afferenza assistenziale;
- aggiornamento del regolamento sui criteri di attribuzione degli incarichi dirigenziali e di sostituzione temporanea (ex art. 18 del CCNL 8.6.2000);
- regolamento sulla mobilità interna ed esterna;
- aggiornamento del regolamento per le attività sponsorizzate;
- aggiornamento del regolamento per le donazioni;
- regolamento per la definizione dei criteri per le sovvenzioni ed i contributi;



- regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati.

**b. Gestione del Conflitto di interessi:**

a. si prevede l'adozione della modulistica specificatamente elaborata per la gestione del conflitto di interessi a

- a tutti i professionisti aziendali in applicazione del Codice di comportamento nazionale (D.Lgs n. 62/2013) ed aziendale;

- a tutti i consulenti e collaboratori a vario titolo dell'Azienda;

- ai componenti delle commissioni di gara/selettive (art. 35bis del D.Lgs n. 165/2001);

- ai Responsabili Unici dei Procedimenti (RUP)

- ai componenti del Comitato Etico.

b. si ritiene necessaria la comunicazione da parte dei professionisti (dipendenti e non) ai competenti uffici aziendali di tutte le attività extra-istituzionali effettuate, sia che prevedono o no una esplicita autorizzazione, ai fini della valutazione dell'eventuale conflitto di interessi anche potenziale, con l'attività espletata in Azienda.

**c. Codice etico e di comportamento aziendale:** aggiornamento/integrazione in particolare all'**art. 24 - Disposizioni speciali**, che riguarda lo svolgimento delle procedure negoziali ed in particolare la redazione delle condizioni contrattuali, la conclusione di accordi e la stipula di contratti per conto dell'Azienda, nonché la fase di esecuzione degli stessi, anche a seguito dei recenti fatti di cronaca, che hanno visto coinvolti alcuni professionisti aziendali (evidenziato da parte della Commissione permanente).

E' inoltre in corso da parte dell'UPD un aggiornamento dei Codici disciplinari con la recente normativa in tema di prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità che si concluderà nel 2015.

**d. Whistleblowing**: per il 2015 viene predisposto un sistema di segnalazione criptata via *web* allo scopo di meglio garantire la riservatezza del segnalante.

Sempre per il 2015 sarà esteso tale sistema di segnalazione agli utenti esterni apportando le medesime garanzie per il segnalante.

**e. Albi on line per avvocatura**: la struttura degli Affari Generali, in collaborazione con gli Affari Legali, implementa e pubblica nel corso di questo anno sul sito aziendale gli albi *on line* per l'avvocatura, con indicazione dei criteri di scelta.

**f. Rotazione del personale**. l'Azienda adotta i criteri generali per realizzare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità, ivi compreso quello del responsabile del procedimento, operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione (D/903/132 "Indirizzi aziendali per la Rotazione dei dipendenti operanti in aree a rischio di corruzione"). L'applicazione di tali criteri si sposa



comunque con quello dell'efficienza e della continuità dell'azione amministrativa, clinica ed assistenziale ed è in ogni caso attuata previa adeguata informazione alle organizzazioni sindacali rappresentative ed in sinergia con le politiche regionali sul tema.

**g. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro.** Ai fini dell'applicazione dell' art. 53, comma 16 *ter*, del D.Lgs n. 165/2001, si prevede per il 2015, da parte dei competenti uffici aziendali:

- una nota da consegnare al personale in sede di pensionamento/cessazione contenente la clausola del **divieto di prestare attività lavorativa** (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i **3 anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;**

- l'inserimento nel Patto di Integrità, di cui all'Allegato 7, di tale clausola (art. 53, comma 16 *ter*, del D.Lgs n. 165/2001);

- l'inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, della **condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito** incarichi ad ex dipendenti, che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

**h. Patto di di Integrità/Protocollo di legalità.** L'Azienda adotta un Patto di Integrità/Protocollo di Legalità, concordato con le altre aziende sanitarie di area vasta centro e condiviso con l'Area Tecnica aziendale, finalizzato alle attività di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi, da far firmare ai soggetti esterni con cui si stipulano contratti/convenzioni/accordi di varia natura. Tale Patto viene adottato ai sensi dell'art. 1, comma 17, della Legge 190/2012, in base al quale le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere d'invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità/patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara.

Tale schema base di patto dovrà essere utilizzato ed adattato a tutte le procedure che, a titolo esemplificativo e non esaustivo, si riportano le seguenti tipologie:

- gare di appalto per opere, lavori, servizi e forniture, anche in economia;
- convenzionamenti diretti - anche previa emissione di bandi;
- con soggetti del terzo settore e strutture sanitarie private;
- procedure di sponsorizzazioni e simili;
- donazioni;
- prove visione;
- comodati;
- aste per alienazioni di beni immobili, mobili;



- locazioni.

Per le gare di pertinenza ESTAR provvederà direttamente a far siglare alle ditte coinvolte il patto d'integrità/protocollo di legalità.

**i. Convenzione per consulenza /formazione/training in ambito formativo** - Provv. 771 del 11.11.2014 e ss.mm.ii. In linea con i principi espressi dalla L. n. 190/2012 e successivi decreti attuativi, in particolare il D.Lgs n. 33/2013, che obbliga a rendere trasparenti le attività delle pubbliche amministrazioni, quale primario sistema di prevenzione di eventuali fenomeni corruttivi, l'AOUC ha adottato una specifica procedura che prevede la pubblicazione sul proprio sito istituzionale di un avviso rivolto a tutti i soggetti esterni, interessati alla conclusione di accordi per lo svolgimento di attività di consulenza/formazione/*training* da parte dei professionisti aziendali:

Le prestazioni richieste devono essere coerenti con l'attività istituzionale e non devono sussistere motivi di conflitto di interesse, ai sensi della vigente normativa e della regolamentazione aziendale. In presenza delle condizioni legittimanti l'Azienda può stringere un rapporto di collaborazione attraverso lo schema tipo di convenzione allegato al richiamato atto.

Tale modello di convenzione, adattabile alle varie situazioni, è stato adottato nell'ottica di rendere trasparente questa tipologia di collaborazioni con l'esterno e disciplinare in modo uniforme e diretto i termini e le modalità di esecuzione, nonché le eventuali condizioni economiche delle prestazioni rese.

### **1. Gestione stragiudiziale sinistri**

Nel corso del 2015 verranno attivate le seguenti misure di miglioramento:

1. rotazione della gestione di tutte le pratiche tra il personale dell'Ufficio;
2. verbalizzazione degli incontri con Avv.ti, consulenti, parti da effettuarsi alla presenza di almeno due persone dell'Ufficio (di norma il dirigente + un collaboratore a rotazione); il dirigente responsabile valuterà l'opportunità di registrare le trattative telefoniche con i rappresentanti delle parti;
3. trasmissione alla Direzione Aziendale e conservazione agli atti nel fascicolo di ogni sinistro di un prospetto analitico descrittivo delle varie voci di danno con indicazione dettagliata degli importi richiesti (quando presenti) e di quelli proposti/liquidati;
4. conteggi effettuati con applicazione delle tabelle previste dalla vigente normativa (tabella ex art. 139 del Codice delle Assicurazioni per i danni di lieve entità e Tabella del Tribunale di Milano per la liquidazione del danno non patrimoniale riferito alle c.d. macro-permanenti).
5. conservazione agli atti del fascicolo di tutti i giustificati di spesa (fatture/scontrini/ ricevute/ecc.) che hanno dato luogo al ristoro del danno patrimoniale.





### **m. Collegamento con gli Organi di controllo**

Nel corso del 2015 il Responsabile formalizzerà un collegamento stabile con gli organi interni di controllo: Collegio Sindacale, Controllo di Gestione e Organismo Interno di Valutazione (OIV), in particolare:

- Il **Collegio Sindacale**, attraverso il supporto aziendale, invierà al Responsabile le osservazioni fatte sui provvedimenti aziendali, evidenziando nel verbale quelle da sottoporre necessariamente alla valutazione del Responsabile in quanto potrebbero sottendere fenomeni di corruzione o di *maladministration*. Il Referente aziendale per i rapporti con il Collegio parteciperà al Responsabile le risposte delle strutture aziendali alle osservazioni o ne comunicherà la mancata risposta, o il mancato accoglimento, che dovrà anche essere oggetto di pubblicazione sul sito "Amministrazione Trasparente". Il Collegio trasmetterà al Responsabile la relazione di fine anno.

- **Il Controllo di Gestione e le UOc Politiche del Personale:** i Referenti per le politiche del personale e del Controllo di gestione informeranno il Responsabile dell'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi organizzativi ed individuali, inerenti la politica di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale da parte dei dipendenti.

## **20 Attività di controllo**

La funzione di controllo fa parte dell'attività ordinaria dell'Azienda tesa ad assicurare che i servizi, attraverso l'amministrazione attiva dei dirigenti, siano erogati in conformità alle leggi e secondo l'effettiva opportunità di tutela dell'interesse pubblico concreto prevalente.

Accanto alle aree di controllo disciplinate dalla legge: controllo del collegio sindacale, del controllo di gestione, valutazione del personale dirigenziale, controllo strategico e controllo di qualità, **l'Azienda dovrà predisporre ulteriori metodologie di controllo, che dovranno cercare di cogliere i potenziali rischi di corruzione insiti nelle varie attività ed i monitoraggi relativi alle misure di contenimento adottate.**

Il monitoraggio dell'attività posta in essere direttamente dai dirigenti responsabili delle strutture aziendali relativo all'area di pertinenza, rappresenta il primo livello di controllo di prevenzione del rischio di corruzione. Tali dirigenti dovranno relazionare periodicamente al Responsabile sulle risultanze delle attività di controllo condotte in modalità sia ordinaria che straordinaria, sull'osservanza delle misure di prevenzione del rischio di corruzione con gli stessi concordate. Oggetto dei controlli saranno in particolare le situazioni di incompatibilità ed i conflitti di interesse dagli stessi rilevati, nonché in generale il rispetto della recente normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e dei codici di comportamento nazionale ed aziendale.



**Rimane necessariamente in capo ad ogni dirigente la responsabilità di controllare le attività che vengono svolte all'interno dei propri uffici o che gli sono specificatamente affidate.** Il dirigente è inoltre sollecitato a segnalare nuove forme di controllo e verificare che possono essere attuate a livello aziendale, essendo i controlli fra le attività più importanti dell'incarico dirigenziale, che acquisiscono maggior rilevanza quanto più alto è il grado ricoperto. A tal fine il dirigente può servirsi anche del supporto dei competenti uffici aziendali.

**L'Azienda dovrà inoltre strutturare un processo di controllo di secondo livello in particolare per le aree a rischio di corruzione alto.**

L'Organismo di supporto stabile, di cui all'allegato 3, dovrà supportare nel corso dell'anno i dirigenti interessati nella strutturazione dell'attività di controllo e monitoraggio di secondo livello (anche a campione) sui processi di attività aziendali e sulle misure di prevenzione della corruzione adottate, dando precedenza alle attività aziendali evidenziate a rischio di corruzione medio/alto. Tale controllo ha lo scopo valutare il rispetto dei requisiti di legge, della correttezza delle procedure utilizzate e la validità delle misure di prevenzione del rischio adottate.

L'Organismo avrà la possibilità di strutturare controlli anche per le aree/servizi aziendali in cui vengono rilevate possibili situazioni di corruzione / *maladministration*.

L'Organismo di supporto stabile, nel corso della strutturazione del procedimento di controllo di secondo livello, di cui al presente paragrafo (ed al paragrafo 5.), da presentare nel 2015 come proposta alla direzione aziendale, valuterà l'opportunità di istituire, ai fini considerati, il Servizio Ispettivo, di cui alla L. 23-12-1996 n. 662 "*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*", previsto proprio per effettuare verifiche a campione sui dipendenti delle pubbliche amministrazioni.

## **21 Le responsabilità'**

Riassumendo quanto previsto dalla normativa e dal precedente Piano sono identificabili tre tipologie di responsabilità principali: per il Responsabile, per i dirigenti e per tutti i dipendenti.

### **a) La responsabilità del Responsabile per la prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità**

Tale responsabilità è prevista per il caso di mancata predisposizione del Piano e di mancata adozione delle misure per la selezione e la formazione dei dipendenti. Nel caso in cui all'interno dell'Azienda vi sia una condanna per un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato, è prevista una responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa, oltre che per il danno erariale ed all'immagine, salvo che il Responsabile provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza. È esclusa la responsabilità ove l'inadempimento degli obblighi, sia "dipeso da causa a lui non imputabile".



## **b) La responsabilità dei dirigenti**

L'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012 stabilisce inoltre che la mancata o incompleta pubblicazione da parte dell'Azienda delle informazioni di cui al comma 31, va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs n. 165/2001 ed eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti obbligatori sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del relativo servizio.

## **c) La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione**

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione e trasparenza, previste nel presente documento e adottate dall'Azienda, devono essere comunque rispettate da tutti i dipendenti e da tutti i professionisti che svolgono attività presso la Stessa; la loro violazione costituisce illecito disciplinare.

## **22 Il Programma per la trasparenza 2015-2017**

Con il D.Lgs. n. 33/2013 è stato rafforzato il concetto di trasparenza delle pubbliche amministrazioni (D.Lgs. n. 150/2009), che viene intesa come **accessibilità totale alle informazioni** concernenti l'organizzazione e le attività, allo scopo di favorirne forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Il concetto di trasparenza, così come delineato dalle recenti normative, favorendo l'accesso, da parte della collettività, a tutte le informazioni delle pubbliche amministrazioni, è strettamente connesso a quello di integrità.

In tale ottica la trasparenza ha la finalità di rendere la nostra Azienda come una "**casa di vetro**" in una logica di piena apertura verso l'esterno al fine di rendicontare, in modo semplice e chiaro, gli obiettivi che raggiungiamo con le risorse che vengono messe a disposizione dalla collettività.

Gli adempimenti di trasparenza adottati si conformano al D.Lgs. n. 33/2013, alle Linee guida dell'ANAC riportate in particolare nella delibera n. 50/2013 ed alle indicazioni dell'AVCP (oggi ANAC) con riferimento ai dati sui contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture.

**Salvi i limiti previsti dalla normativa (es. privacy e tutela dei dati sensibili), sono state pubblicate sul sito aziendale "Amministrazione Trasparente" tutte le informazioni previste dall'Allegato A del D.Lgs n. 33/2013, seguendo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione.**



**Nella verifica della pubblicazione dei vari documenti, dovrà tenersi conto della ricerca della massima efficienza dei percorsi amministrativi e di pubblicazione, cercando di evitare tutte le duplicazioni dei vari documenti ed attività; questo dovrà avvenire anche con l'integrazione del percorso sulla dematerializzazione dei processi aziendali.**

Il Responsabile ha individuato all'uopo un Referente per la pubblicazione dei dati sul sito "Amministrazione Trasparente" (Allegato 2) che, interfacciandosi con i dirigenti responsabili della correttezza dei dati da pubblicare e del relativo aggiornamento (o con i loro Referenti), si preoccupa di mantenere il sito, rispettandone i criteri richiesti per la corretta pubblicazione, ai sensi della normativa sopra richiamata e ss.mm.ii..

#### **a) Procedimento di elaborazione e adozione del programma**

Per ciascun adempimento ed obbligo di pubblicità è stato individuato il relativo dirigente responsabile, che sarà anche responsabile del periodico aggiornamento, secondo quanto previsto dalla delibera ANAC n. 50/2013 (vedi Allegato 5). I dirigenti potranno servirsi dei servizi di supporto dei propri Referenti e del Referente per la pubblicazione dei dati sul sito "Amministrazione Trasparente", secondo le rispettive competenze.

Le modalità di gestione dei dati sono affidate al dirigente responsabile delle singole strutture di produzione. La correttezza, completezza ed aggiornamento delle informazioni riportate sul sito è sempre affidata alla responsabilità di ciascuna delle strutture produttrici dei dati, che possono farsi supportare dal Responsabile per la pubblicazione.

Si riportano nell'Allegato 5 i dati che l'Azienda è tenuta a pubblicare nel proprio sito *web*, divisi in sottosezioni seguendo lo schema predisposto dall'ANAC ed indicato nella delibera n. 50/2013, evidenziandone i riferimenti.

Tali obblighi saranno in progressivo aggiornamento in linea con le ulteriori richieste provenienti dalla normativa e da ANAC.

#### **b) Iniziative di comunicazione della trasparenza**

La pubblicazione nel sito istituzionale - sezione "Amministrazione Trasparente" delle informazioni, dati e documenti riguardanti l'organizzazione e l'attività, nonché il loro aggiornamento, unitamente alla pubblicazione del presente Programma, rappresenta già una fondamentale modalità per promuovere e realizzare gli obiettivi di trasparenza del Programma stesso.

Saranno raccolti i *feedback* degli *stakeholder* interni ed esterni sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati, nonché eventuali osservazioni sulla qualità delle informazioni pubblicate attraverso la mail anticorruzione@[aou-careggi.toscana.it](mailto:aou-careggi.toscana.it), ma anche attraverso il canale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.



### **c) Processo di attuazione del Programma**

Come espressamente previsto dall'art. 43 del D. Lgs. n. 33/2013, i dirigenti responsabili degli uffici garantiranno il tempestivo e regolare flusso delle informazioni, da pubblicare nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Per tali motivi, sono stati individuati nell'Allegato 5 i dirigenti responsabili della produzione, elaborazione e pubblicazione dei dati richiesti, la cui identificazione è avvenuta sulla base delle rispettive competenze.

L'attuazione del Programma triennale per la Trasparenza e, in generale, degli obblighi di pubblicità in materia di trasparenza, dovranno essere a periodico monitoraggio da parte dei dirigenti responsabili dei singoli adempimenti e dei loro Referenti; il Responsabile della Trasparenza coadiuvato dal Referente per la pubblicazione dei dati sul sito "Amministrazione Trasparente", farà i necessari controlli sullo stato di manutenzione del sito da parte dei diretti responsabili.

Il Responsabile si occuperà della predisposizione annuale dello stato di avanzamento del Programma, nel quale sarà dato conto dello stato degli adempimenti normativi. Gli esiti del monitoraggio saranno pubblicati annualmente attraverso la griglia di attestazione elaborata in collaborazione con l'OIV, quale prospetto riepilogativo sullo stato di attuazione del Programma.

**Per il 2015 saranno oggetto di particolare implementazione le sezioni *Performance*, *Benessere Organizzativo*, *Tempi medi di erogazione dei servizi/liste d'attesa*, *procedimenti amministrativi*, *incarichi conferiti* (nella modalità richiesta dalla delibera n. 50/2013), in linea con la riorganizzazione dei percorsi aziendali.**

L'UPD nell'aggiornamento dei codici disciplinari dovrà valutare anche gli obblighi di segnalazione di cui all'art. 43, comma 5, del D. Lgs n. 33, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare e di quanto nello specifico previsto dalla regolamentazione ANAC (in particolare delibera n. 10/2015).

#### **22.1 Giornata della Trasparenza**

Sarà organizzata anche per quest'anno la giornata della trasparenza avente la finalità principale di rendere noto ai cittadini, alle associazioni di volontariato ed agli *stakeholder* in genere, la politica di trasparenza e prevenzione della corruzione aziendale, con evidenziazione delle buone pratiche intraprese.

Gestiranno l'organizzazione e la diffusione della Giornata, anche allo scopo di sensibilizzare la partecipazione degli interessati, la struttura della Comunicazioni insieme allo Staff.

#### **22.2 Trasparenza società/enti controllati o partecipati**

Anche al fine di perimetrare l'ambito soggettivo di applicazione del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, è necessario differenziare tra società/enti controllati o solo partecipati negli stessi termini rappresentati al precedente punto 12.2. Alla luce del novellato articolo 11 del D.Lgs. n. 33 del 2013, alle società/enti controllati,



come sopra individuate, si applica per intero la disciplina della trasparenza, ad integrazione di quanto già previsto nella legge n. 190 del 2012. L'art. 11, comma 2, dispone, infatti, che la stessa disciplina applicabile alle pubbliche amministrazioni (vale a dire le disposizioni dell'intero D.Lgs. n. 33) sia applicata anche agli enti pubblici (lettera a) e agli enti di diritto privato in controllo pubblico (lettera b), ovvero le società controllate, *“limitatamente alle attività di pubblico interesse”*. Pertanto, in relazione alle società in controllo pubblico, restano escluse dall'applicazione della disciplina della trasparenza solo le attività che non siano qualificabili di pubblico interesse, mentre devono ritenersi soggette sia le restanti attività sia l'organizzazione, pur con i necessari adattamenti discendenti dalla natura privatistica degli stessi. Per le società/enti partecipati non controllati, invece, ai sensi dell'art. 11, comma 3, trovano applicazione le sole regole in tema di trasparenza contenute nei commi da 15 a 33 dell'art. 1, legge n. 190 del 2012, limitatamente *“alle attività di pubblico interesse”*. Ne consegue che dette società non sono sottoposte agli obblighi di pubblicità in relazione alla propria organizzazione ma solo ad applicare le regole dettate dalla legge anticorruzione per quella parte della propria attività che sia da ritenere di pubblico interesse.

Da quanto detto gli “enti di diritto privato che svolgono attività di pubblico interesse” devono predisporre il Programma per la trasparenza e l'integrità con le stesse finalità disciplinate dall'art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013. Tale programma deve definire le misure, i modi e le iniziative volte all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi. Il Programma per la trasparenza e l'integrità costituirà di norma una sezione del Piano di prevenzione della corruzione.

Gli “enti di diritto privato che svolgono attività di pubblico interesse” devono inoltre nominare il Responsabile per la trasparenza, che, di norma, coincide con il Responsabile per la prevenzione della corruzione.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica conferma quanto già previsto nel Piano Nazionale Anticorruzione relativamente agli enti ai quali si applica il D.Lgs. n. 231/2001, che adottano un modello di organizzazione e di gestione idoneo alla prevenzione di reati e che affidano ad un organismo di vigilanza (cosiddetto OdV) la verifica del modello; in questi casi, al fine di evitare duplicazioni, il modello organizzativo ex D.Lgs. n. 231/2001 ed il Programma per la trasparenza e l'Integrità possono essere contenuti in unico documento, nel quale potranno essere valutati anche i rischi di corruzione, inserendovi i contenuti del Piano di prevenzione della corruzione ex Legge 190/2012.

Infine nella circolare n. 1/2014 del DFP viene affermato che anche gli “enti di diritto privato che svolgono attività di pubblico interesse” sono tenuti ad osservare l'obbligo di pubblicazione dei dati relativi agli “organi di indirizzo politico” previsto all'art. 14 del D.Lgs. 33/2013. Secondo il Dipartimento della Funzione Pubblica, infatti, negli enti di diritto privato la distinzione tra organi di indirizzo e organi di gestione è meno rilevante di quanto possa avvenire nelle pubbliche amministrazioni; pertanto, la trasparenza sugli organi interni deve essere riferita a tutti gli organi di *governance* dell'ente.



## **23 Allegati al Piano**

Allegato 1 - Obiettivi anno 2015

Allegato 2 - Referenti per la prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità e RSD

Allegato 3 - Organismo di supporto stabile al Responsabile per la prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità

Allegato 4- Griglia di rilevazione e graduazione dei rischi di corruzione

Allegato 5 - Griglia degli obblighi di pubblicazione con i rispettivi responsabili

Allegato 6 - Organigramma e Azienda in cifre.

## **24 Riferimenti**

- D/903/131 “Patto d’integrità/Protocollo di legalità”
- D/903/132 “Indirizzi aziendali per la Rotazione dei dipendenti operanti in aree a rischio di corruzione”
- P/903/151 “Procedura di segnalazione di illeciti ed irregolarità (whistleblowing policy)”