



## SOMMARIO

1	Introduzione.....	3
2	Obiettivi generali.....	3
3	Abbreviazioni.....	3
4	Documenti integrativi.....	4
5	Analisi del contesto.....	4
5.1	Analisi del contesto esterno.....	4
5.2	Analisi del contesto interno.....	5
6	Ambito di applicazione.....	5
7	Organizzazione aziendale per l'attuazione della politica di prevenzione della corruzione.....	5
8	Processo di gestione del rischio di corruzione.....	6
9	Mappatura dei processi/procedimenti di ogni area aziendale.....	7
10	Gestione dei conflitti di interessi.....	8
11	Tutela del dipendente che effettua segnalazioni (c.d. Whistleblower).....	8
12	Formazione.....	8
13	Convenzione per consulenza /formazione/training in ambito formativo.....	9
14	Rotazione del personale.....	9
15	Collegamento con il ciclo delle performance.....	10
16	Processi aziendali per la prevenzione del rischio di corruzione (misure ulteriori).....	10
16.1	Informatizzazione e dematerializzazione dei processi.....	10
16.2	Informatizzazione e dematerializzazione dei processi di investimento (provvedimento del dg n. 648/2014).....	10
16.3	Gestione delle liste di attesa e ottimizzazione della programmazione chirurgica e dei servizi erogati.....	11
16.4	Nuova gestione dei processi di interfaccia con l'utente.....	11
16.5	Gestione stragiudiziale sinistri.....	12
16.6	Innovazione e sviluppo.....	12
16.7	Collegamento con gli organi di controllo.....	13
17	Responsabilità.....	13
18	Programma per la trasparenza.....	14
18.1	Procedimento di elaborazione e attuazione del programma.....	14
18.2	Responsabilità.....	15
18.3	Pubblicazione dei dati relativi al monitoraggio dei tempi delle liste d'attesa e dei servizi erogati.....	15
18.4	Giornata della trasparenza.....	17
19	Allegati al piano.....	17
20	Riferimenti.....	18



Gruppo di redazione - Simona Orsi (Responsabile per la prevenzione della corruzione trasparenza e integrità) e : Ilaria Carli (UOc Controllo Direzionale); Alessandra Cerofolini (Referente per la pubblicazione dei dati sul sito Amministrazione Trasparente); Matteo Curiardi (Referente Coordinatore Staff aziendale per la fase di avvio del settore contratti e implementazione dei nuovi processi gestionali); Barbara Dei e Alessandra Pieroni (Area Tecnica); Enrico Masotti (Responsabile UOs Supporto alle funzioni direzionali e i.o.); Natalia Lombardi (Responsabile UOs Direzione Operativa); Paolo E. Paoli (UOc Amministrazione del Personale); Cristina Poggiali (Referente per la prevenzione della corruzione e trasparenza DAI dei Servizi); Assunta Rizzo (UOs Supporto alle funzioni direzionali e integrazione organizzativa); 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		
VERIFICA		UO Accreditamento, Qualità e M.C.		
APPROVAZIONE	Monica Calamai	Direttore Generale		



## 1 Introduzione

Nelle pagine che seguono sono riportati gli aggiornamenti al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione ed al Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2015-2017.

Il processo di implementazione del PTPCT 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.

L'adozione definitiva del Piano sarà successiva all'attivazione di una procedura di consultazione "aperta" allo scopo di poter rilevare e valutare le osservazioni eventualmente rappresentate dagli *stakeholders* interni ed esterni.

## 2 Obiettivi generali

Gli obiettivi generali 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.

In tale prospettiva il presente documento intende proseguire il percorso di analisi dei processi/procedimenti aziendali iniziato nel 2014 per individuare quelli più esposti al rischio di corruzione, prevedere le misure di prevenzione, i meccanismi di monitoraggio e gli interventi formativi idonei a prevenirne gli effetti, attuando così gli obiettivi di Piano.

## 3 Abbreviazioni

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

## 4 Documenti integrativi

Sono documenti integrativi del presente PTPCT e ne costituiscono parte integrante e sostanziale:

1. il codice etico e di comportamento aziendale (D/903/115);
2. la procedura per le segnalazioni di illecito – *whistleblower policy* (P/903/151);
3. gli indirizzi per la rotazione dei dipendenti operanti nelle aree a rischio di corruzione (D/903/132);
4. il piano delle *performance*, per le parti di competenza;
5. il piano annuale di formazione – PAF, per la parte di interesse.

## 5 Analisi del contesto

La prima ed indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa **all'analisi del contesto** in cui si trova ad operare l'Azienda quale strumento indispensabile a fornire le informazioni necessarie a comprendere dove e come, all'interno di un sistema organizzativo complesso, il rischio corruttivo possa verificarsi.

Al riguardo è possibile consultare il link:

[http://www.aoucareggi.toscana.it/internet/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1772&Itemid=191&lang=it](http://www.aoucareggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=1772&Itemid=191&lang=it) (paragrafo 3)

### 5.1 Analisi del contesto esterno

Le maggiori criticità derivanti dal contesto esterno sono ovviamente riconducibili alle possibili influenze determinate dai diversi portatori di interessi pubblici e privati, quando queste possano in qualche maniera contrastare con la legge, i regolamenti, le procedure, il codice etico e deontologico o essere comunque inopportune.

Per prevenire ciò e ricondurre il rapporto tra soggetti esterni ed Azienda entro percorsi corretti sono state adottate, tra le altre, misure regolamentari per:

- disciplinare l'informazione medico-scientifica e l'attività degli *specialist* di prodotto;
- impegnare i fornitori/*sponsor* nella sottoscrizione di patti di integrità/protocolli di legalità;
- definire percorsi formativi per il personale, comprensivi anche degli aspetti legati ai rapporti con l'esterno ed in particolare con il mondo economico.

E' infatti un dato acquisito quello per cui il conflitto di interessi, quale fenomeno particolarmente condizionante il SSN, è elemento che alimentando, a vari livelli, comportamenti dannosi per la collettività, può minare l'integrità ed il corretto funzionamento del sistema.

Altro rapporto "complesso" del mondo sanitario è quello tra professionisti, Società Scientifiche ed Associazioni rappresentative di pazienti, in quanto elementi che, attraverso la definizione di standard clinico-assistenziali e l'orientamento dei comportamenti professionali, spesso soggetti a logiche suggerite da interessi commerciali, rendono possibile lo sviluppo di dinamiche fortemente condizionanti l'erogazione dei servizi.

Anche rispetto alle attività delle Associazioni di volontariato è venuta ad affermarsi una loro forte connotazione "politica" disgiunta dalla funzione sussidiaria loro propria.

Rispetto a questi ambiti esiste un potenziale rischio di condizionamenti, più evidenti laddove si attivino rapporti con *sponsor* commerciali o ci si impegni nel sostegno di iniziative privatistiche per promuovere l'uso di specifici farmaci, dispositivi, tecnologie sanitarie senza il supporto di adeguati strumenti di controllo e tutela.

L'Azienda intende affrontare il problema del conflitto di interessi utilizzando soluzioni di carattere culturale (formazione) e procedurale (regolamenti e procedure) che assicurino la maggior trasparenza ed evidenza possibile alle relazioni o comunque alle circostanze nelle quali è possibile un potenziale condizionamento dell'interesse pubblico.

## 5.2 Analisi del contesto interno

L'AOUC garantisce lo svolgimento dei compiti istituzionali attraverso la propria struttura organizzativa; è utile pertanto inserire nel presente documento l'organigramma aziendale e la mappatura dei procedimenti e processi dell'attività interna garantiti dalle strutture organizzative titolari di funzioni operative (allegato 3 e 6 al presente Piano).

L'esperienza e l'analisi elaborata a partire dal 2014 sui propri processi produttivi ha evidenziato le seguenti criticità interne:

- una generalizzata difficoltà, in un momento di evidente crisi economico-finanziaria, a reperire risorse specifiche da destinare a processi di miglioramento; tale fenomeno obbliga l'Azienda a rivolgere i propri sforzi di sistema verso azioni di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento dei percorsi assistenziali e di cura a iso-risorse;
- la faticosa affermazione, all'interno della P.A. in genere, di una cultura della trasparenza, eticità e correttezza professionale;
- la difficoltà di allineamento tra l'ordinamento giuridico universitario e quello aziendale: il personale è diversamente regolamentato e ciò comporta di dover concordare e definire, come è stato fatto, regole comuni a carattere trasversale tali da poter trovare applicazione in entrambi gli ordinamenti integrati.
- la difficoltà di parte del personale ad adattarsi tempestivamente ai processi di innovazione e cambiamento organizzativo;
- la resistenza a processi di implementazione di sistemi di responsabilizzazione/valorizzazione/ valutazione dei singoli dipendenti, con conseguente ridefinizione di ruoli e responsabilità.

L'analisi dei processi e procedimenti interni e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza adottate tengono conto delle criticità sopra rilevate in un'ottica di miglioramento continuo.

## 6 Ambito di applicazione

Il Piano si applica a:

- tutti i dipendenti dell'Azienda appartenenti all'area del comparto sanità ed alle aree della dirigenza sanitaria e SPTA con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, anche in posizione di comando o assimilata;
- personale universitario in afferenza assistenziale, (sia che si tratti di personale in regime di diritto pubblico, sia che si tratti di personale contrattualizzato) nello svolgimento delle attività inerenti l'assistenza sanitaria, stante l'inserimento nell'organizzazione aziendale;
- 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, per quanto compatibile.

Quando nel presente documento si parla di dipendente/professionista nel concetto vengono ricomprese tutte le categorie sopra individuate, salvo eccezioni.

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

L'organizzazione prevista all'interno dell'Azienda per la programmazione ed attuazione della politica di prevenzione della corruzione, è costituita da:

- **Direzione aziendale:** riveste il ruolo determinante di guida nell'attuazione della politica di prevenzione della corruzione, fornendo le linee strategiche e condividendo le proposte avanzate dal Responsabile attraverso il sostegno organizzativo e la messa a disposizione, nei limiti previsti, di risorse finalizzate.
- **Responsabile per la prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità (RPCT):** nominato dal Direttore Generale, propone il PTPCT alla Direzione aziendale per la sua adozione, verificandone di seguito l'efficace attuazione e la sua idoneità e presentando eventuali proposte di modifica. Il RPCT 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.
- **Dirigenti responsabili delle strutture aziendali:** concorrono con il RPCT 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; collaborano attivamente all'elaborazione del PTPCT e prestano la propria collaborazione in termini di contributo conoscitivo e di diretta responsabilità per gli atti compiuti a supporto dell'opera degli organi di indirizzo.
- **Referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza (Allegato 2, di seguito i Referenti):** collaborano funzionalmente con il RPCT ed il Dirigente della struttura cui afferiscono, svolgendo attività di supporto; contribuiscono all'implementazione delle singole misure di prevenzione previste nel PTPCT, informando il RPCT ed il Dirigente di eventuali inosservanze rilevate. I Referenti sono anche investiti degli obblighi inerenti la trasparenza, pertanto dovranno attivare e garantire 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.
- **Operatori dell'Azienda:** partecipano al processo di gestione del rischio; osservano le misure contenute nel presente PTPCT e nel Codice etico e di comportamento ed in tutti i documenti integrativi; segnalano i casi di illecito e di conflitto di interessi.
- **Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda:** osservano le misure contenute nel presente PTPCT, nel Codice etico e di Comportamento ed in tutti i documenti integrativi. segnalano le situazioni di illecito.
- **Organismo di Supporto alle funzioni del RPCT:** è un organismo di nuova e prossima istituzione fortemente voluto dalla Direzione aziendale per costituire sede di analisi, proposta, monitoraggio delle attività aziendali in relazione alle problematiche in materia di anticorruzione e trasparenza. E' sede privilegiata di elaborazione degli indirizzi della Direzione ed è coordinato dal RPCT; la sua attivazione, struttura e funzione sono oggetto di uno specifico regolamento in fase di elaborazione nel corso del 2016, tenendo presente quanto previsto anche dalla recente determina ANAC n. 12/2015 "Aggiornamento 2015 al PNA".

## 8 Processo di gestione del rischio di corruzione

Il concetto di "corruzione" viene affrontato in senso lato considerando quale oggetto di analisi tutte le azioni che possano concretizzare ipotesi di reato in senso stretto fino ad arrivare alla c.d. *maladministration*, comprensiva delle varie situazioni in cui si riscontri l'abuso da parte di un soggetto pubblico del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

La finalità principale della politica di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità, prevista nel PTPCT, è *in primis* quella di consentire l'emersione delle aree e dei processi e procedimenti a rischio di corruzione che, in quanto tali, saranno oggetto di presidio e controllo mediante l'implementazione o l'adozione di misure di prevenzione, già esistenti o nuove, o di repressione.

Il PTPCT vuole evidenziare progressivamente tutte le aree di attività aziendali oggetto di mappature del rischio, nonché le azioni e gli strumenti necessari per prevenire quello medio/alto, stabilendo le priorità di trattazione.

Il processo di gestione del rischio è un processo circolare costituito dai seguenti *steps*:



- a. mappatura dei processi/procedimenti di ogni area aziendale considerata;
- b. valutazione e ponderazione del rischio emerso per ogni processo/procedimento;
- c. definizione delle misure per la sua prevenzione, valutando quelle già in essere e quelle nuove da adottare;
- d. attività di monitoraggio e valutazione delle misure adottate, che ha lo scopo di verificarne l'efficacia e la necessaria successiva implementazione.

Nel processo aziendale di gestione del rischio vengono coinvolti tutti i Dirigenti responsabili delle strutture, le posizioni organizzative e tutti i dipendenti che a vario titolo sono interessati ai processi/procedimenti oggetto di analisi.

Nel 2014 si è proceduto in via prioritaria alla mappatura dell'Area Tecnica ed Amministrativa; per il 2015 si è proseguito con la mappatura dei processi/procedimenti dell'Area di Staff della Direzione aziendale; nel 2016 l'impegno è quello di analizzare le restanti funzioni tecnico-amministrative, il settore della prevenzione e protezione sui luoghi di lavoro e le aree di rischio specifiche nel settore propriamente sanitario e della ricerca. I gradi di rischio delle aree già analizzate sono evidenziati in Allegato 3.

Un elemento importante scaturito anche in sede di *focus group* per l'analisi dei processi/procedimenti è stato quello della indispensabile correlazione tra prevenzione del rischio e miglioramento organizzativo dei processi oggetto di analisi. In tutti gli incontri svolti sul tema è emersa, al di là della presenza o meno del rischio di corruzione, la necessità di migliorare l'organizzazione delle attività aziendali e le modalità di svolgimento dei propri compiti.

E' inoltre emersa la necessità di implementare l'informatizzazione e la dematerializzazione dei processi aziendali che sta già portando, in maniera incrementale, e compatibilmente con le risorse economiche a disposizione, ad una revisione dei percorsi, sia tecnico-amministrativi che sanitari, favorendone la tracciabilità, la verificabilità e l'efficienza.

## **9 Mappatura dei processi/procedimenti di ogni area aziendale**

La valutazione delle aree e dei processi/procedimenti a rischio è stata effettuata considerando la metodologia di analisi proposta dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA).

E' stata adottata una metodologia di mappatura e valutazione che, non limitandosi ai soli processi afferenti alle "Aree di rischio obbligatorie e generali" indicate dal PNA e nel relativo aggiornamento anno 2015 di ANAC, ha preso in esame anche ulteriori processi amministrativi e tecnici suggeriti dai vari responsabili di struttura.

I processi e procedimenti così evidenziati sono stati analizzati predisponendo una griglia di indicatori da verificare in base ad una *check-list* e **l'impianto analitico è stato concordato con le altre Aziende sanitarie ed ospedaliere di Area Vasta Centro**. Si è inoltre deciso di integrare i risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario con un'analisi della percezione del rischio nelle diverse aree, condotta attraverso colloqui diretti con gli interessati, allo scopo di meglio calare i quesiti generici nella specificità del contesto analizzato. Alla mappatura dei rischi fornisce supporto la UO Accreditamento Qualità e *Risk management*. Nelle aree evidenziate a rischio medio/alto (Area Tecnica Amministrativa e Staff) la Direzione ha previsto, nel corso del biennio 2016-2017 l'attivazione di un percorso di certificazione al cui interno potranno trovare sede anche importanti aspetti sostanziali e metodologici inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza.

Nel corso del 2016 verrà inoltre implementata la mappatura delle "aree di rischio specifiche" (area di attività sanitaria e della ricerca).

Nel 2015, come "aree di rischio specifiche", sono stati analizzati i processi/procedimenti inerenti le attività della UO Innovazione tecnologica nelle attività clinico assistenziali ed in parte quelli della UO Farmacia, solo per i rapporti con i fornitori; tale attività di analisi e rilevazione ha condotto, come primo risultato, alla revisione del regolamento sull'informazione medico scientifica e *specialist* di prodotto (D/903/83 Ed. 2).

I processi delle aree specifiche, che saranno progressivamente analizzati con il supporto della UO Accreditamento Qualità e *Risk Management*, sono esemplificati in allegato 4.

In accordo con la Direzione per il 2016 vengono già previsti, tra gli obiettivi organizzativi ed individuali di alcune strutture operanti nelle aree di rischio specifiche, la verifica ed attuazione di una serie di misure di prevenzione delle corruzione consigliate dalla determina n. 12/2015 di ANAC.

## 10 Gestione dei conflitti di interessi

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 interessi (anche solo potenziale) nello svolgimento delle proprie attività lavorative e tra quelle e le attività svolte all'esterno dell'Azienda.

L'Azienda a tal fine ha istituito una **Commissione interna per la valutazione dei conflitti di interessi** (COVACI), quale organismo avente il compito di fornire un supporto tecnico-giuridico ai Direttori/Responsabili delle strutture aziendali (per la maggior parte sanitari) nell'assunzione delle decisioni a loro devolute in materia di verifica delle incompatibilità e dei profili di conflitto di interessi (prot n 37446 del 22.12.2015).

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

Nel corso del 2015 è continuata l'attività di sensibilizzazione 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 interna. A maggiore tutela del segnalante è stato predisposto un sistema di segnalazione e risposta criptata via *web* allo scopo di meglio garantire l'anonimato. Vedi link:

[http://www.aoucareggi.toscana.it/internet/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3248&Itemid=1104&lang=it](http://www.aoucareggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=3248&Itemid=1104&lang=it)

Tale sistema di segnalazione è pienamente operativo ed è stato esteso agli utenti esterni approntando le medesime garanzie.

Nel corso del 2015 sono state prese in carico n. 11 segnalazioni, di cui 5 anonime circostanziate; 5 di queste provengono da dipendenti e 1 da non dipendente. Delle segnalazioni pervenute n. 8 hanno conformato violazione del codice di comportamento; per due sono stati avviati i relativi procedimenti penali, nessuna ha dato luogo invece a procedimenti disciplinari nel 2015. Vedi link:

[http://www.aou-careggi.toscana.it/internet/images/docs/file/Trasparenza/15/15Trasp\\_AnticorrRelResp.pdf](http://www.aou-careggi.toscana.it/internet/images/docs/file/Trasparenza/15/15Trasp_AnticorrRelResp.pdf).

Nel 2016 si prevede di perfezionare il meccanismo di coordinamento tra le varie fasi di segnalazione, presa in carico della stessa, verifica dei fatti ed eventuale attivazione del procedimento disciplinare e/o di segnalazione delle ipotesi di reato.

## 12 Formazione

La formazione rappresenta, alla luce degli obiettivi generali del PTPCT, lo strumento principe per creare un contesto sfavorevole alla corruzione. L'Azienda ha investito notevoli risorse in formazione fin dalla stesura del primo 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.

Ai corsi organizzati nel 2014, come formazione obbligatoria, ha partecipato un totale di 811 dipendenti così distribuiti:

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

I corsi hanno avuto ad oggetto l'analisi del vigente sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza così come definito dalla normativa nazionale e dal modello aziendale. Vedi link:

[http://www.aoucareggi.toscana.it/internet/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1899&Itemid=191&lang=it](http://www.aoucareggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=1899&Itemid=191&lang=it).





Nel 2015 è stato strutturato, in collaborazione con FORMAS (Centro di Formazione Regionale) e la UO Clinica delle Organizzazioni (per la parte di criticità relazionali nei contesti organizzativi), un corso formativo da erogare in modalità FAD in materia di prevenzione della corruzione trasparenza e codice etico e di comportamento; il corso sarà reso disponibile a tutti gli operatori aziendali a partire dal corrente anno.

Nel 2015, e continuerà anche nel biennio 2016-2017, sono stati effettuati dei corsi formativi in materia anticorruzione e trasparenza ai nuovi assunti.

Essendo convinzione dell'Azienda quella che l'elemento formazione e cultura debba trovare spazio 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, sono state programmate, nel corso del corrente anno, giornate formative rivolte agli studenti in formazione, richieste dalla scuola di specializzazione dell'Università degli studi di Firenze. Tale attività sarà implementata nel triennio di valenza del Piano in collaborazione con l'Università (allegato 1).

### **13 Convenzione per consulenza /formazione/training in ambito formativo**

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 strumento di prevenzione di eventuali fenomeni corruttivi, l'Azienda adotta uno specifico format di accordo - convenzione in materia di consulenze/formazione/training in ambito formativo richieste ai professionisti aziendali da committenti esterni.

La conclusione della convenzione direttamente con l'Azienda è l'unico strumento legittimante le attività rese a favore di terzi privati e presuppone la pubblicazione sul sito istituzionale di un avviso rivolto a tutti i soggetti esterni che possano essere interessati ad intrattenere rapporti di collaborazione direttamente con la Stessa, anziché coi singoli professionisti. Tale modello di convenzione, adattabile alle varie situazioni, è stato predisposto 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 ed i potenziali conflitti di interessi. Vedi link:

[http://www.aoucureggi.toscana.it/internet/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3149&Itemid=1066&lang=it](http://www.aoucureggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=3149&Itemid=1066&lang=it).

### **14 Rotazione del personale**

L'Azienda adotta 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, da implementarsi nel corso del prossimo biennio, si sposa comunque con quello dell'efficienza e della continuità dell'azione amministrativa, clinica ed assistenziale ed è attuata previa adeguata informazione alle organizzazioni sindacali rappresentative ed in sinergia con le politiche regionali sul tema.

La prima area che è stata oggetto di applicazione del principio di rotazione è quella della gestione interna dei sinistri che ha previsto una modalità di assegnazione delle pratiche attuata secondo un criterio di rotazione delle stesse tra il personale amministrativo dell'Ufficio che si alterna nella partecipazione al CGS e nel supporto al Direttore dell'UOC nella fase di trattativa e di definizione delle vertenze.

## 15 Collegamento con il ciclo delle Performance

L'analisi organizzativa per l'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel presente Piano è concepita quale politica di organizzazione che si concilia, in una logica di stretta integrazione, con le altre politiche di miglioramento organizzativo e con ogni altro processo di programmazione e gestione aziendale: in particolare, con il ciclo di gestione della *performance* e le funzioni di controllo interno.

In coerenza con lo spirito e con le indicazioni della numerosa serie di provvedimenti che costituiscono il quadro normativo di riferimento per la redazione e la realizzazione del PTPCT e del Piano della *Performance* (D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii., L. n. 190/2012, D.Lgs. n. 39/2013, L. n. 98/2013, D.Lgs. n. 33/2013, le delibere dell'Autorità n. 6/2013, n. 50/2013, n. 72/2013, Determina ANAC n. 12/2015), l'elaborazione del presente Piano è funzionale all'attuazione di un ciclo "integrato" che garantisca coerenza (sia in termini di obiettivi, indicatori, target e risorse associate, sia in termini di processo e modalità di sviluppo dei contenuti) tra gli ambiti comuni dei due documenti aziendali.

Le misure di prevenzione della corruzione, indicate in **allegato 1 al presente Piano (file excel: obiettivi 2015 non raggiunti ed obiettivi 2016 aree di rischio generali e specifiche)**, saranno tradotte in obiettivi organizzativi ed individuali contenuti nel Piano della Performance 2015-2017 in corso di redazione, ed assegnati alle strutture ed ai loro dirigenti nell'ambito del percorso di budget dell'anno 2016.

La loro attuazione è uno degli elementi di valutazione del dirigente, ed in prospettiva, del personale non dirigente con incarichi di p.o.

A tal fine il Piano della Performance comprenderà:

- l'inserimento sistematico e diretto nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance degli obiettivi contenuti nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- la pubblicità di informazioni all'esterno che consentano l'effettiva valutazione dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'attività dell'Azienda.

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

Sono state avviate e/o sono in corso di sviluppo alcune misure organizzative interne che hanno la finalità di rendere più trasparenti ed efficaci alcuni processi aziendali producendo l'effetto di contenere anche l'eventuale rischio di corruzione.

### 16.1 Informatizzazione e dematerializzazione dei processi:

E' una misura trasversale consistente nell'implementazione di un sistema di supporto informatico alle attività aziendali che ne consenta la tracciabilità ed automazione delle attività con contestuale limitazione di interventi correttivi al di fuori delle procedure definite; in particolare la misura interviene sulla gestione delle risorse umane, sulla gestione documentale (protocollo e modulistica/firma digitale), sui sistemi di prenotazione/gestione delle liste d'attesa e sui processi di investimento. A partire dal 2015 è stato strutturato il "Portale dei dipendenti" attraverso il quale, a regime, risulterà possibile una comunicazione diretta con i dipendenti anche allo scopo di far sottoscrivere loro, in modo informatico, la modulistica richiesta periodicamente dalla recente normativa sui conflitti di interessi.

### 16.2 Informatizzazione e dematerializzazione dei processi di investimento (Provvedimento del DG n. 648/2014)

E' stato elaborato un progetto di riorganizzazione dell'area tecnica e della gestione dei contratti relativi agli investimenti. I punti essenziali ai fini della riduzione del rischio corruzione sono:

- separazione della gestione dei costi correnti e dei costi di investimenti;
- modifica incarichi di UO in Area Tecnica;
- costituzione di un'apposita struttura organizzativa per il monitoraggio degli ordini e degli adempimenti amministrativi in fase di aggiudicazione ed esecuzione del contratto;
- rotazione del personale assegnato alle varie strutture organizzative;
- costituzione di un ufficio per la gestione del piano investimenti con funzioni di programmazione e analisi scostamenti;
- realizzazione di percorsi di formazione sul *project management*;
- attivazione di un tavolo di monitoraggio degli investimenti a livello di direzione con previsione di incontri mensili strutturati;
- nuova modalità di definizione del piano investimenti con l'elaborazione di un piano strategico della direzione aziendale.

Tutte queste misure sono state attivate nel corso del 2015, alcune di esse prevedono ulteriori sviluppi nei primi mesi del 2016.

### **16.3 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 per l'accesso alle prestazioni chirurgiche, che individua una tempistica determinata entro il quale gli interventi chirurgici programmati devono essere effettuati stabilendo specifici criteri per l'inserimento dei pazienti in lista secondo classi di priorità.

Tale intervento ha lo scopo di consentire:

- un più corretto accesso degli utenti ed un'efficace comunicazione alla Regione di informazioni sulle liste di attesa per ciascun ambito di chirurgia ambulatoriale, ordinaria e *Day Surgery*;
- 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.
- Miglior gestione delle richieste di informazioni provenienti dall'Autorità giudiziaria 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*.

### **16.4 Nuova gestione dei processi di interfaccia con l'utente.**

A settembre 2015 è stato definitivamente approvato (provvedimento n. 549/2015) il “Progetto accoglienza in AOUC”: ridefinizione dei processi di interfaccia con l'utenza e riorganizzazione delle articolazioni organizzative

aziendali coinvolte, dove è previsto un cronoprogramma delle azioni da intraprendere. Le prime azioni realizzate, coerentemente al piano di progetto, sono state l'avvio del centro multi-servizi ed una mappatura puntuale del personale impiegato in funzioni della gestione degli utenti per gli aspetti tecnico amministrativi.

La dislocazione in posizione centrale della struttura porta un notevole beneficio agli utenti, perché offre un ottimo punto di riferimento per tutti i bisogni prima o dopo il percorso di diagnosi e cura e perché sono stati migliorati i livelli di servizio (fasce orarie, tempi di attesa, qualità degli ambienti).

I servizi centralizzati sono: la prenotazione delle prestazioni su CUP, la consegna dei referti e dei Cd relativi alle prestazioni di radiodiagnostica, la consegna delle cartelle cliniche, le informazioni di primo livello. Il cronoprogramma prevede nei prossimi mesi una implementazione dei servizi offerti. Queste azioni insieme all'introduzione di sistemi informatici innovativi (gestione attività ambulatoriali, gestione percorso chirurgico) rappresentano la volontà aziendale di garantire una maggiore trasparenza, efficienza (in assoluto prima misura di riduzione del rischio corruzione) e miglioramento dei livelli di servizio offerti.

### 16.5 Gestione stragiudiziale sinistri

Nel corso del 2015 sono state attivate e perfezionate tutte le azioni e le misure di miglioramento previste nell'Allegato "A" – Lettera "P" del PTPCT 2015/2017, relative alla gestione stragiudiziale dei sinistri, in particolare:

- è stata attivata la modalità di gestione delle pratiche con criterio di rotazione della pratica tra il personale amministrativo dell'Ufficio che si alterna nella partecipazione al CGS e nel supporto al Direttore dell'UOc nella fase di trattativa e di definizione delle vertenze;
- tutti gli incontri con legali, consulenti e rappresentanti delle parti volti alla definizione dei sinistri sono effettuati alla presenza di almeno due persone dell'Ufficio;
- per ogni sinistro in cui vi sia un riconoscimento di responsabilità che dia luogo ad una definizione (o comunque ad una proposta) transattiva, viene elaborato un prospetto analitico descrittivo delle varie voci di danno con indicazione dettagliata degli importi richiesti (quando presenti) e liquidati/proposti;
- i conteggi per la definizione dei sinistri sono effettuati sulla base delle tabelle previste dalle vigenti normative;
- agli atti dei fascicoli sono conservati presso l'UOc così come tutti i giustificativi di spesa che danno luogo al rimborso puntuale ed analitico dei danni patrimoniali sostenuti.

### 16.6 Innovazione e sviluppo

Rientra nella politica di prevenzione della corruzione, oggetto del presente Piano, l'utilizzo ottimizzato della dotazione tecnologica già disponibile in Azienda e lo sviluppo di acquisti mirati.

L'Azienda, anche a seguito della mappatura dei processi/procedimenti inerenti la UO Programmazione Strategica e Innovazione e la UO Innovazione tecnologica nelle attività clinico-assistenziali, avvenuta nel corso del 2015, dalla quale sono emerse "aree di rischio specifico" alto (allegato 3) in particolare sull'innovazione tecnologica, intende ridefinire il percorso di introduzione delle tecnologie, delineando le misure di prevenzione del rischio più idonee al suo effettivo contenimento, mediante procedure adeguate e l'istituzione di commissioni tecniche di valutazione, snelle, che ottemperino allo scopo senza introdurre tempi morti aggiuntivi.

Tale attività di valutazione del rischio emerso, di adozione delle misure e di successivo monitoraggio, verrà portata avanti, nel 2016, con la UO Accreditamento Qualità e RM, insieme ai Dirigenti interessati alle attività oggetto di analisi. L'intento è la riorganizzazione del processo di valutazione (attraverso le metodiche proprie del processo HTA sviluppato grazie al supporto del gruppo *Lastb* – Università degli Studi di Firenze), di richiesta di acquisto e monitoraggio delle tecnologie sanitarie, nonché 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 ricorda che, in linea con quanto descritto, nel corso del 2015 è stata ufficializzata (Procedura per l'introduzione di tecnologie sanitarie in azienda - P/903/150) l'adozione di una procedura ad hoc per la valutazione e l'introduzione delle tecnologie sanitarie all'interno dell'AOUC-Careggi.

## 16.7 Collegamento con gli Organi di controllo

Nel corso del 2015 è stato realizzato un collegamento tra il RPCT e gli organi di controllo interno, in particolare:

- Collegio Sindacale: nell'ambito delle proprie funzioni di controllo sulla regolarità e legittimità dell'azione amministrativa, vigila anche sull'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Attraverso la propria segreteria, invia al RPCT le osservazioni fatte sui provvedimenti aziendali, evidenziando quelle da sottoporre alla valutazione del Responsabile anche per problematiche inerenti fenomeni di corruzione o di *maladministration*. La segreteria del Collegio partecipa al RPCT le risposte delle strutture aziendali alle osservazioni o ne comunica la mancata risposta, o il mancato accoglimento, che diviene oggetto di pubblicazione sul sito "Amministrazione Trasparente".
- UO Controllo Direzionale e UO Supporto alle funzioni direzionali e integrazione organizzativa: i Referenti di tali servizi informano il RPCT dell'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi organizzativi ed individuali, inerenti la politica di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale da parte dei dipendenti.
- Organismo Indipendente di Valutazione (OIV): valuta i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione, la trasparenza e dà parere sull'adozione del codice di comportamento.
- Ufficio procedimenti disciplinari (UPD): propone l'aggiornamento del Codice di comportamento e ne garantisce il rispetto, sulla base dell'attività disciplinare esercitata. Prende in carico eventuali segnalazioni del RPCT per la parte di competenza.

## 17 Responsabilità

Sono identificabili quattro tipologie di responsabilità principali:

- a) La responsabilità del Direttore Generale. Sono previste le nuove sanzioni di cui all'art. 19, co. 5, lett. b) del d.l. 90/2014) in caso di mancata «adozione dei Piani di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza o dei codici di comportamento». Al riguardo si rinvia al «Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento» del 9 settembre 2014, in cui sono identificate le fattispecie relative alla "omessa adozione" del PTPC, del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) o dei Codici di comportamento, a cui equivale la mancanza di elementi minimi.
- b) 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".

- c) 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.
- d) 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.

## 18 Programma per la trasparenza

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.

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), saranno progressivamente pubblicate sul sito istituzionale "Amministrazione Trasparente" tutte le informazioni previste dall'Allegato A della delibera ANAC n. 50/2013 e dal D.Lgs n. 33/2013, seguendo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione.

Il RPCT ha individuato un Referente per la pubblicazione dei dati sul sito "Amministrazione Trasparente" (Allegato 2) che, interfacciandosi con i dirigenti responsabili della correttezza e completezza dei dati da pubblicare (o con i loro Riferimenti – allegato 5), si preoccupa di mantenere il sito, rispettandone i criteri richiesti per la corretta pubblicazione, ai sensi della normativa sopra richiamata. Il Referente per la pubblicazione dei dati relazionerà periodicamente al RPCT sullo stato di attuazione ed aggiornamento del sito sezione "Amministrazione Trasparente".

### 18.1 Procedimento di elaborazione e attuazione del programma

Per ciascun obbligo di pubblicità è stato individuato (Allegato 5) il relativo dirigente responsabile, identificato sulla base delle rispettive competenze. I dirigenti potranno servirsi del supporto dei Riferimenti, ivi previsti 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.

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. L'attuazione del PTT e, in generale, degli obblighi di pubblicità in materia di trasparenza, dovranno essere oggetto di monitoraggio da parte dei dirigenti responsabili sui singoli adempimenti e dei loro Riferimenti; 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 RPCT si occuperà del monitoraggio annuale dello stato di avanzamento del PTT: sono previsti due momenti di controllo (di regola semestrale) in cui il RPCT ed il Referente per la pubblicazione dei dati verificano e sollecitano i dirigenti eventualmente interessati al relativo adempimento ed aggiornamento. Lo stato di attuazione ed ag-



giornamento del sito è pubblicato annualmente attraverso la griglia di attestazione elaborata in collaborazione con l'OIV, quale prospetto riepilogativo.

## 18.2 Responsabilità

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).

Pubblicazione dei dati relativi al monitoraggio dei tempi delle liste d'attesa e dei servizi erogati (in particolare Art. 32, co. 2, lett. b e Art. 41, c. 6, D.Lgs. n. 33/2013).

## 18.3 Pubblicazione dei dati relativi al monitoraggio dei tempi delle liste d'attesa e dei servizi erogati.

La UO Direzione Operativa in collaborazione con le strutture Igiene e organizzazione ospedaliera, Monitoraggio Performances Sanitarie, Supporto al governo della offerta amb. aziendale e del DAI dei Servizi, secondo un calendario condiviso con la Direzione aziendale, svilupperà in modo implementare 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:

### I. Liste di attesa chirurgiche

E' prevista la pubblicazione ogni 6 mesi (da portare a 3 mesi entro la fine dell'anno) 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.

### II. Liste di attesa nella specialistica ambulatoriale

Sui tempi e liste di attesa nella specialistica ambulatoriale, come concordato in Dipartimento Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana, le Aziende pubblicano sul sito internet ai fini della trasparenza ed anticorruzione i dati del flusso TAT aggregati dalla Regione Toscana (per il 2016 quelli relativi all'anno 2015).

Questi dati aggregati danno una rappresentazione retrospettiva, a consuntivo, e riportano per ciascuna prestazione ambulatoriale monitorata: il numero di prestazioni complessivamente erogate nell'anno 2015 attraverso i sistemi di prenotazione generanti il flusso TAT, il numero di prenotazioni con la prima disponibilità entro i limiti fissati dal Piano regionale per il governo delle liste di attesa, il numero di prestazioni (e la specifica percentuale sul totale complessivo) effettivamente erogate in tre fasce temporali definite da RT e precisamente 30gg, 60gg, oltre 60gg per TC, RMN e ECO; 15gg, 30gg e oltre 30gg per le visite specialistiche. Ai fini della pubblicazione web dei tempi di attesa prospettici, la Regione Toscana fornirà progressivamente ulteriori indirizzi tesi ad uniformare le modalità di rilevazione e pubblicazione da parte delle Aziende. Risulta importante evidenziare che le AOU, differentemente dalle Aziende territoriali, non sono tenute a garantire tempi di attesa minimi, che per la preferenza accordata dagli utenti non saranno mai "concorrenziali", ma devono invece per normativa far confluire l'offerta di primo livello nel CUP dell'Azienda Territoriale di riferimento. L'AOU Careggi già dal 2001 confluisce nel sistema di prenotazione di Area Metropolitana e rende disponibili, attraverso il sistema CUP Metropolitan i contingenti di prestazioni di primo accesso aperti alla prenotazione da parte di utenti ambulatoriali.

L'Azienda non rende invece prenotabili al CUP-met, ma provvede direttamente alla prenotazione delle quote di prestazioni, obbligatoriamente prescritte da specialisti dell'Ospedale, riservate invece agli utenti

ambulatoriali che già hanno avuto accesso ai Servizi aziendali e per i quali si è ritenuto di garantire percorsi ambulatoriali snelli e senza ulteriori attese, come realizzato attraverso il CUD della Diagnostica per immagini e attraverso la caratterizzazione per SOD degli slot riservati nelle agende delle diagnostiche strumentali e delle visite specialistiche.

### III. 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 Metropolitano. 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:

- di rispettare i vincoli della sostenibilità economica;
- 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).

#### **18.4 Giornata della Trasparenza**

Nel 2015 allo scopo di rafforzare i rapporti di collaborazione con le Associazioni accreditate, è stato stipulato un protocollo d'intesa (PT/903/10) e sono stati organizzati vari incontri in cui il RPCT ha illustrato in particolare il sito "Amministrazione Trasparente", allo scopo di rilevare le eventuali criticità e suggerire possibili miglioramenti; tale attività è stata condotta in sinergia con i servizi aziendali preposti.

La Giornata della Trasparenza, sarà appunto la conclusione di tale percorso di progressivo confronto delineatosi nel corso del 2015 che si concluderà appunto nell'anno corrente.

### **19 Allegati al Piano**

Gli allegati al Piano vengono pubblicati e aggiornati direttamente sul sito istituzionale sezione "Amministrazione Trasparente"

Allegato 1 - Rendicontazione Obiettivi anno 2015 e obiettivi anno 2016

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

Allegato 3 - Griglia di rilevazione e graduazione dei rischi di corruzione

Allegato 4 - Processi sanitari Griglia degli obblighi di pubblicazione con i rispettivi responsabili

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

Allegato 6 - Azienda in cifre e Organigramma



## 20 Riferimenti

- D/903/115 “Codice etico e di comportamento aziendale”
- D/903/131 “Patto d’integrità/Protocollo di legalità” – bandi di gara
- D/903/“Patto d’integrità/Protocollo di legalità” – rapporto con soggetto privato
- 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*)”