



**Azienda  
Ospedaliero  
Universitaria  
Careggi**

**Piano triennale per la prevenzione della  
corruzione e per la trasparenza 2021/2023**



PN-2021/903/01

Ed. 1  
Rev. 0

---

# **PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA ANNI 2021 - 2023**



## SOMMARIO

<b>1</b>	<b>PREMESSA .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>ACRONIMI.....</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>DOCUMENTI INTEGRATIVI.....</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>LA CORRUZIONE .....</b>	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>ANALISI DEL CONTESTO .....</b>	<b>9</b>
<b>6.1</b>	<b>ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO .....</b>	<b>9</b>
6.1.1	CRIMINALITÀ E CORRUZIONE .....	9
6.1.2	SALUTE E EMERGENZA SANITARIA .....	14
<b>6.2</b>	<b>ANALISI DEL CONTESTO INTERNO .....</b>	<b>18</b>
6.2.1	L'AZIENDA.....	18
6.2.2	ASSUNZIONE STRAORDINARIA DI PERSONALE.....	22
6.2.3	GESTIONE ATTIVITÀ E PERCORSI DURANTE L'EMERGENZA COVID-19 .....	23
6.2.4	INTERVENTI PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA .....	23
6.2.5	GESTIONE DELLE CARENZE DI FARMACI, DISPOSITIVI MEDICI (DM), DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) E DISINFETTANTI .....	24
<b>7</b>	<b>IL PTPCT, GLI OBIETTIVI GENERALI E LA STRATEGIA AZIENDALE .....</b>	<b>25</b>
<b>8</b>	<b>COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE <i>PERFORMANCE</i> .....</b>	<b>28</b>
<b>9</b>	<b>AMBITO DI APPLICAZIONE DEL PTPCT .....</b>	<b>28</b>



<b>10</b>	<b>ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER L'ATTUAZIONE DELLA POLITICA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....</b>	<b>29</b>
10.1	GESTORE DELLE COMUNICAZIONI DI OPERAZIONI SOSPETTE DI ANTIRICICLAGGIO E FINANZIAMENTO DEL TERRORISMO .....	32
10.2	RESPONSABILE ANAGRAFE DELLA STAZIONE APPALTANTE .....	32
10.3	COORDINAMENTO REGIONALE DEI RESPONSABILI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA.....	32
<b>11</b>	<b>LE RESPONSABILITÀ.....</b>	<b>33</b>
<b>12</b>	<b>OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RPCT.....</b>	<b>34</b>
<b>13</b>	<b>PROCESSO DI INDIVIDUAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE.....</b>	<b>35</b>
13.1	LA MAPPATURA DEI PROCESSI AZIENDALI .....	38
13.1.1	STRUMENTO DI ANALISI.....	39
13.1.2	LA MAPPATURA DEI PROCESSI SANITARI.....	41
<b>14</b>	<b>ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI.....</b>	<b>41</b>
14.1	MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....	42
<b>15</b>	<b>RIESAME PERIODICO DELLA FUNZIONALITÀ COMPLESSIVA DEL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO .....</b>	<b>43</b>
<b>16</b>	<b>CONTROLLI INTERNI.....</b>	<b>44</b>
<b>17</b>	<b>GESTIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSI .....</b>	<b>46</b>
<b>18</b>	<b>TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI (C.D. WHISTLEBLOWER).....</b>	<b>47</b>



<b>19</b>	<b>CONTROLLO SULLE DICHIARAZIONI DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013.....</b>	<b>48</b>
<b>20</b>	<b>LA FORMAZIONE.....</b>	<b>49</b>
<b>21</b>	<b>CONTRATTI PER ATTIVITÀ FORMATIVA/CONSULENZA SPONSORIZZATA DA SOGGETTI PRIVATI.....</b>	<b>51</b>
<b>22</b>	<b>ROTAZIONE DEL PERSONALE .....</b>	<b>51</b>
<b>23</b>	<b>PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE: MISURE ULTERIORI.....</b>	<b>52</b>
23.1	INFORMATIZZAZIONE E DEMATERIALIZZAZIONE DEI PROCESSI .....	52
23.2	GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E OTTIMIZZAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE CHIRURGICA E DEI SERVIZI EROGATI .....	53
23.3	ACCOGLIENZA DEGLI UTENTI .....	53
23.4	LA TUTELA DEI CITTADINI/UTENTI (GESTIONE RECLAMI E SEGNALAZIONI) .....	55
23.5	GESTIONE STRAGIUDIZIALE SINISTRI .....	56
<b>24</b>	<b>INNOVAZIONE E SVILUPPO .....</b>	<b>56</b>
<b>25</b>	<b>INFORMAZIONE MEDICO-SCIENTIFICA E ACCESSO DEGLI SPECIALIST .....</b>	<b>57</b>
<b>26</b>	<b>IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA.....</b>	<b>58</b>
26.1	PROCEDIMENTO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA E RELATIVA ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO.....	59
26.2	PUBBLICAZIONE DEI DATI RELATIVI AL MONITORAGGIO DEI TEMPI DELLE LISTE D'ATTESA E DEI SERVIZI EROGATI .....	60
26.3	PUBBLICAZIONE DEI CIG .....	67
26.4	GIORNATA DELLA TRASPARENZA E RAPPORTI CON IL CITTADINO/UTENTE .....	68



27 ALLEGATI AL PTPCT.....68

**Gruppo di lavoro:** Michele Bachechi (Patrimonio e gare di competenza aziendale), Manuela Benelli (AQRM), Nicola Berti (Controlli Interni Integrati), Michele Cecchi (Politiche del Farmaco), Carla Degl’Innocenti (Formazione), Gabriele Marconcini (Area Sviluppo e Processi), Paola Marzuoli (Accoglienza e URP), Patrizio Micalizzi (Direzione Operativa), Claudia Muscolino (Supporto operativo RPCT), Fabiola Piatti (DPS), Giusi Piccinno (Igiene e organizzazione ospedaliera), Cristina Poggiali (Referente DAI dei Servizi), Jacopo Regolini (Area Innovazione Controllo e Qualità), Matteo Tomaiuolo (Governo dei percorsi *outpatient*), Barbara Tonietti (*Staff* della Direzione aziendale), Chiara Ulivieri (Supporto operativo RPCT), Stefano Vezzosi (Area Innovazione Controllo e Qualità).

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Simona Orsi	Responsabile Prevenzione Corruzione e per la trasparenza		
VERIFICA		UO Accreditamento, Qualità e Risk Management		
APPROVAZIONE	Donato Rocco Damone	Direttore Generale		



## 1 PREMESSA

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) costituisce l'atto programmatico che individua le strategie principali per prevenire e contrastare la corruzione; poiché la trasparenza rappresenta la principale misura di prevenzione della corruzione, all'interno del PTPC è inserito il Programma per la trasparenza, così come indicato dal d.lgs. n. 97 del 2016 e dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) del 2019 (e prima ancora dall'aggiornamento del 2015).

Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (PTPCT) nel suo complesso non va inteso come un atto compiuto, bensì è concepito quale insieme di azioni e di strumenti, finalizzati alla prevenzione della corruzione, da affinare, modificare o sostituire in relazione alla risposta ottenuta dalla loro applicazione, dai mutamenti dell'ambiente interno ed esterno e dalle indicazioni contenute nel PNA e nelle linee guida di ANAC.

Il PTPCT (2021-2023) costituisce l'adeguamento della strategia aziendale sull'anticorruzione per il prossimo triennio. L'adozione definitiva del PTPCT è preceduta dalla consultazione "aperta" agli *stakeholders* interni ed esterni, che avranno 15 giorni di tempo per esprimere le loro osservazioni, che saranno valutate dal RPCT insieme alla Direzione e integrate al piano, se conformi alla strategia del presente documento.

Il presente PTPCT può essere consultato sul sito [www.aou-careggi.toscana.it](http://www.aou-careggi.toscana.it) nella sezione "Amministrazione Trasparente".

## 2 INTRODUZIONE

L'Azienda con provvedimento del Direttore Generale n. 802/2013 ha nominato, quale Responsabile della prevenzione della corruzione e per la promozione della Trasparenza (RPCT), la dott.ssa Simona Orsi.

Il RPCT nello svolgere le attività previste dalle disposizioni vigenti (legge n. 190/2012 "*Disposizioni per la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", decreti attuativi, Linee di Indirizzo del Comitato interministeriale d.p.c.m. 16 gennaio 2013, Piani nazionali e indicazioni di ANAC e PTPCT), è attualmente coadiuvata, **oltre che dalla Rete dei Referenti anticorruzione, dall'Organismo di supporto articolato in: (Allegato 2):**

- **Gruppo strategico per le politiche di prevenzione della corruzione e per la promozione della Trasparenza**, quale organismo di confronto con la Direzione aziendale per la definizione delle strategie e degli obiettivi;
- **Gruppo operativo**, quale organismo rappresentativo di alcune aree di attività aziendali, maggiormente funzionali alle attività considerate, che collabora con il RPCT nell'attività di



programmazione, attuazione e monitoraggio del PTPCT, secondo la politica condivisa con il Gruppo Strategico.

Il PTPCT attua la normativa relativa alla prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza contestualizzandola rispetto alla natura della pubblica amministrazione che lo adotta.

il PTPCT è elaborato, seguendo le linee strategiche definite a livello direzionale, con il coinvolgimento e la partecipazione attiva delle aree di attività aziendali, attraverso la collaborazione dei Dirigenti e dei Referenti (*focus group*) nelle attività di individuazione, analisi e misurazione dei rischi corruttivi; nonché di proposta e di definizione delle azioni di prevenzione della corruzione e di monitoraggio della loro attuazione.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (di seguito Azienda) collabora con altre istituzioni presenti sul territorio regionale e nazionale (Università degli Studi di Firenze, Gruppo di Coordinamento RPCT della Regione Toscana, Agenzia Regionale di Sanità - ARS Toscana, Agenas, Gruppo nazionale degli RPCT, *Transparency International Italia*, REACT, Associazione Italiana Integrità della salute - AIIS) nella realizzazione di iniziative che riguardano le tematiche della prevenzione della corruzione e la promozione dell'etica e della legalità nel settore sanitario.

Il presente PTPCT è stato pubblicato in consultazione aperta sul sito aziendale e trasmesso al Collegio Sindacale e all'OIV, per poi essere adottato dal Direttore Generale su proposta del RPCT.

### 3 ACRONIMI

ADO	Area dipartimentale omogenea
AGENAS	Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ANAC	Autorità Nazionale AntiCorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche
AQRM	UO Accreditamento Qualità e <i>Risk Management</i>
ARS	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
BDNCP	Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici
CIG	Codice identificativo di gara
CRCR	Centro regionale per le criticità relazionali
DAI	Dipartimento ad attività integrata
DO	UO Direzione operativa
DPS	Dipartimento professioni sanitarie
ESTAR	Ente di Supporto Tecnico-Amministrativo Regionale
FAD	Formazione a distanza.
FMECA	<i>Failure Mode Effect and Criticality Analysis</i>
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
PTPCT	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
PO	Posizione organizzativa
RASA	Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
RDP	Responsabile per la Protezione dei Dati
RPCT	Responsabile prevenzione della corruzione e per la Trasparenza
SIP	Servizi integrati di padiglione
SOD	Struttura Organizzativa Dipartimentale
SPP	Servizio prevenzione e protezione
SSR	Servizio Sanitario Regionale

#### 4 DOCUMENTI INTEGRATIVI

Sono documenti integrativi del PTPCT e ne costituiscono parte integrante e sostanziale (pubblicati su sito sezione "Amministrazione Trasparente"):

- D/903/115 "Codice di comportamento aziendale";
- D/903/131 "Patto d'integrità/Protocollo di legalità" – bandi di gara;
- D/903/137 "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"*)";
- D/903/152 "Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo";
- D/903/147 "Regolamento in materia di svolgimento di incarichi extra-istituzionali";
- D/903/146 "Protocollo AOUC/UNIFI per la gestione dei conflitti di interessi del personale universitario in afferenza assistenziale";
- D/903/188 "Regolamento per progetti o attività finanziata da soggetti privati";
- D/903F/02 "Regolamento per la formazione sponsorizzata";
- DR/903/192 "Regolamento sul sistema dei controlli interni";
- DR/903 /153 "Regolamento del Servizio Ispettivo";
- Relazioni di fine anno del RPCT;





- Attestazione annuale dell'OIV degli obblighi di pubblicazione sul sito sezione “Amministrazione Trasparente”;
- Piano annuale di formazione – PAF (per la specifica parte di interesse);
- Piano delle *Performance*.

## 5 LA CORRUZIONE

La legge non definisce la corruzione. È la circolare n. 1/2013 del Dipartimento della funzione pubblica a definire il fenomeno della corruzione in modo ampio, ossia comprensivo delle svariate situazioni in cui, un dipendente pubblico abusa, nel compiere la sua attività, del potere a lui affidato al fine di ottenerne vantaggi personali/privati. La corruzione, come intesa ai fini della prevenzione, pertanto, comprende i delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati dal codice penale, ma anche ogni situazione da cui, a prescindere dalla rilevanza penale, emerge un malfunzionamento dell'amministrazione causato dall'abuso delle funzioni pubbliche attribuite a un soggetto che se ne avvantaggia per fini privati.

L'aggiornamento 2015 del PNA si riferisce alla *maladministration* come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio, diretto o indiretto, da parte di interessi particolari del dipendente pubblico. Tale concetto è stato confermato dai successivi PNA adottati da ANAC.

Il concetto di corruzione viene perciò affrontato nel presente PTPCT in senso lato, considerando quale oggetto di analisi e intervento ogni azione che possa concretizzare *maladministration* prima ancora che un'ipotesi di reato in senso stretto.

## 6 ANALISI DEL CONTESTO

L'Azienda, prima di dettare la politica di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza e dell'integrità con il PTPCT, che traduce *in primis* la volontà di far emergere le aree di attività e i processi aziendali a rischio corruttivo mediante obiettivi e strategie precisi, conduce una indispensabile fase del processo di individuazione e gestione del rischio data dall'analisi del contesto sia esterno, sia interno in cui opera l'Azienda. Il punto di partenza è dunque la raccolta di tutte le informazioni necessarie a comprendere dove e come, all'interno di un sistema territoriale e organizzativo complesso, può verificarsi il rischio corruttivo.

### 6.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

#### 6.1.1 CRIMINALITÀ E CORRUZIONE

Le analisi più recenti condotte sulla criminalità evidenziano che aumenta il ruolo economico delle mafie quando aumenta per esse la possibilità di servirsi della corruzione per farsi avanti negli affari.



La corruzione è, di fatto, un sistema diffuso di relazioni nel sistema economico e le mafie non determinano la corruzione, piuttosto si adeguano e arrivano dove essa è già presente<sup>1</sup>.

La Toscana non emerge, dalle evidenze giudiziarie rilevate nel corso del 2019<sup>2</sup>, come un territorio con un radicamento organizzativo tradizionale delle mafie nazionali, ma si conferma tra i contesti italiani preferiti dalle mafie per riciclaggio, traffico di stupefacenti e sempre più strutturati reati economico-finanziari su larga scala; con un *modus operandi* che combina insieme modalità e risorse illecite con capacità e convivenze ricercate nel tessuto dell'economia legale. In tal senso attività economiche legali in settori come quello delle costruzioni o del trasporto, trattamento e smaltimento dei rifiuti vengono svolte da un'impresoria mafiosa per la realizzazione di altre attività illecite che comprendono i reati tributari/fiscali, il traffico di rifiuti o l'usura. Questo significa che in Toscana le mafie assumono un controllo funzionale del mercato piuttosto che un controllo territoriale<sup>3</sup>, giustificato dalla tendenza alla reversibilità del fenomeno criminale per essere riprodotto laddove si creino opportunità criminali più favorevoli.

Senza dubbio suscita l'interesse della criminalità organizzata il nesso tra corruzione e appalti che apre l'accesso criminale nel mercato dei contratti pubblici a imprese che mantengono in prevalenza sede legale nei territori di origine del clan, per poi operare in Toscana come nel resto del territorio nazionale, anzitutto nell'ambito dei lavori pubblici (costruzioni) e a seguire nei servizi (ristorazione/refezione) e nelle forniture per la pubblica amministrazione, impiegando strategie convenzionali di alterazione della concorrenza ("scambio di cortesie" nella presentazione di offerte fittizie), nonché dell'uso strumentale del consorzio e dei raggruppamenti non stabili di imprese. L'attività contrattuale evidenzia, dunque, molte vulnerabilità che si acquisiscono specie nel settore sanitario considerato particolarmente a rischio e oggi sovraccarico di domande e aspettative nel

---

<sup>1</sup> Sulla relazione tra mafia e corruzione e sulla capacità delle mafie di accumulare e utilizzare capitale sociale, vale a dire di massimizzare risorse di tipo relazionale tratte da rapporti di contiguità, di collusione e di corruzione in senso proprio si veda Relazione finale della Commissione parlamentare antimafia 2018.

<sup>2</sup> Si riscontra rispetto al 2018 un decremento di notizie legate a fenomeni di corruzione in Toscana che nel 2019 presenta venti eventi codificati che ammontano al 6% del novero dei casi analizzati su scala nazionale; permane significativa, comunque, l'attenzione mediatica.

<sup>3</sup> Al giorno d'oggi le mafie assumono le caratteristiche proprie dell'impresa ed è con questa strategia che, fuori dalle Regioni di origine e anche all'estero, le mafie si indirizzano alla gestione del mercato degli affari piuttosto che al controllo del territorio. La mafia si presenta alla pubblica amministrazione attraverso questa mimetizzazione, adottando cioè una modalità d'azione silente che non desta allarme sociale, e a questo rischio si affianca, nell'attuale contesto di emergenza, l'assegnazione di aiuti statali o di commesse pubbliche mediante procedure semplificate (decreto legge n. 76 del 2020) con cui le Istituzioni intendono rispettare una tempistica che non comprometta la sopravvivenza di molte attività economiche, ma le mafie potrebbero approfittare di un sistema di controlli labile. Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento - Direzione Investigativa Antimafia (gennaio-giugno 2020) pagg. 472-473; 478.



conteso dell'emergenza Covid-19. Da ciò deriva la necessità di una particolare attenzione nei controlli (ne sono esempi sia l'accesso alla documentazione antimafia<sup>4</sup> prima di approvare, autorizzare, stipulare i contratti e i sub contratti relativi a lavori, servizi e forniture pubbliche, sia le verifiche sulle comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo<sup>5</sup>), ma ne deriva altresì l'urgenza di un cambio di approccio culturale innanzitutto alle segnalazioni di illeciti.

È inoltre significativo il numero di inchieste dalle quali emerge un'esposizione dell'ambito sanitario a sempre nuove e originali iniziative per occultare contropartite e retribuzioni indebite nei rapporti dei professionisti con i soggetti privati (sponsorizzazioni, finanziamenti di eventi, congressi, benefit personali). Infine, non può essere trascurato il versante degli eventi di corruzione su nomine e incarichi, nonché sui concorsi pubblici esposti al radicarsi di forme di corruzione sistemica<sup>6</sup>. E purtroppo allo scenario finora descritto si aggiunge il posizionamento della Toscana come quinta Regione in Italia per numero di procedimenti relativi a reati di sfruttamento lavorativo (non solo del settore agricolo o tessile, ma anche turistico-alberghiero, della ristorazione, del lavoro di cura e domestico come effetto della crisi economica innescata dall'emergenza pandemica). È per questa ragione forte la preoccupazione allo stato attuale per il ruolo crescente che le mafie potranno ritagliarsi in attività imprenditoriali e finanziarie nella fase post-emergenza sanitaria.

La presenza e l'impatto della criminalità in un dato territorio sono indicatori per valutare lo stato di benessere sociale ed economico di una comunità e del suo territorio e qualsiasi credibile sforzo contro la corruzione richiede un impegno di lunga durata e uno sguardo lungimirante. A questo proposito la Regione Toscana in collaborazione con la Scuola Normale Superiore di Pisa realizza

---

<sup>4</sup> Ivi pagg. 442-447; 479-480. La documentazione antimafia è rilasciata dalla Banca Dati Nazionale unica della documentazione Antimafia-BDNA istituita presso il Ministero dell'Interno e può essere richiesta dalla PA anche per gare di più modesto valore rispetto a contratti di importi superiori alle soglie di rilevanza europea. Le attività di raccolta degli elementi informativi funzionali al rilascio della documentazione antimafia hanno condotto alla emissione, nel primo semestre 2020, di 17 provvedimenti interdittivi in Toscana.

<sup>5</sup> Ivi, pagg. 448-456. L'aggressione dei patrimoni di provenienza illecita rappresenta uno dei momenti fondamentali dell'azione nel contrasto alla criminalità. Con riferimento al riciclaggio essa è diretta a preservare l'economia legale da effetti distorsivi in grado di alterare il regolare funzionamento dei mercati e del sistema finanziario che insieme sostengono il circuito di produzione, distribuzione e sviluppo del reddito del Paese. Le operazioni finanziarie riconducibili alle segnalazioni di operazioni sospette sono risultate per la maggior parte riferibili a bonifici o a trasferimento di fondi e le segnalazioni sono per lo più originate da enti creditizi, poco dalle pubbliche amministrazioni, ma la propensione della mafia a farsi impresa emerge anche nelle transazioni economiche connesse con l'emergenza sanitaria Covid-19 (pag. 472).

<sup>6</sup> Sul punto si rinvia anche al contesto interno (vedi pag. 20).



dal 2016 un'attività di ricerca triennale, per tenere alta l'attenzione sui fenomeni corruttivi e di infiltrazione criminale in Toscana, finalizzata alla produzione di un rapporto annuale che rappresenta un punto di riferimento per le amministrazioni pubbliche, gli enti locali e la società civile. Si tratta di un monitoraggio aggiornato rispetto al funzionamento delle principali politiche pubbliche adottate per prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi. Le mafie trovano, infatti, anche nelle pubbliche amministrazioni, così come nei sistemi economico-finanziari connotati da forme pervasive di corruzione, una calamita per la loro penetrazione in nuovi territori e mercati, tanto in veste di agenti corruttori, quanto in quella di garanti degli scambi.

Dal Quarto Rapporto sui Fenomeni di Criminalità Organizzata e Corruzione in Toscana (Anno 2019) emerge che il sistema sanitario costituisce uno dei settori maggiormente esposti al rischio di corruzione<sup>7</sup> per una serie di fattori tra i quali: la quantità di risorse economiche in gioco, l'asimmetria informativa, la complessità e la numerosità delle prestazioni erogate, gli interessi degli operatori economici privati a gestire, erogare prestazioni o fornire beni a favore del servizio sanitario pubblico. La sanità, materia di competenza concorrente tra Stato e Regioni, occupa la parte più consistente dei bilanci regionali e presenta, per sua natura, terreno per scontri politici e problematicità e conflitti tra tutti gli attori coinvolti. Basti pensare agli utenti del servizio che, spinti dalla necessità di ottenere la migliore cura disponibile, sono disposti a tentare corsie preferenziali per ottenere ciò di cui hanno bisogno, al personale sanitario che di fatto genera sia la domanda sia l'offerta di cure sanitarie, ai fornitori che competono per provvedere ai beni, alle opere e ai servizi per il sistema sanitario, cercando ampi margini di guadagno, e infine ai politici e agli amministratori che fondano buona parte del loro consenso sugli impegni che assumono in relazione al funzionamento del servizio sanitario.

Il Rapporto citato, con un *focus* interno alle Aziende sanitarie, riporta dati raccolti nel corso del 2019 da un'indagine sulla corruzione condotta a livello nazionale tra 2.600 dipendenti della sanità italiana (personale amministrativo e sanitario) che rileva che quasi il 40% del personale è convinto che la corruzione sia diffusa all'interno della Azienda sanitaria in cui lavora. Dato questo considerato allarmante, per la diffusa percezione della corruzione che attesta, dal momento in cui si riferisce all'Azienda e ai suoi dipendenti che hanno, rispetto alla collettività dei cittadini, una migliore conoscenza della realtà sanitaria, dei processi e delle persone che ne sono coinvolte. Corruzione, quindi, come fenomeno non tanto sommerso, ma piuttosto percepito.

---

<sup>7</sup> Regione Toscana e Scuola Normale Superiore - Quarto Rapporto sui fenomeni di criminalità organizzata e corruzione in Toscana (Anno 2019) in particolare pag. 246 e ss. (reperibile sul sito internet <https://www.regione.toscana.it/-/progetto-di-analisi-e-ricerca-sui-fenomeni-corruttivi-e-di-criminalita-organizzata-in-toscana>), stampato a cura della tipografia del Consiglio Regionale della Toscana, dicembre 2020.



L'emergenza Covid-19 ha investito l'Italia intera e ha portato in luce punti di forza e di debolezza dei sistemi di integrità delle Aziende sanitarie sottoposte a un vero e proprio *stress test*. La situazione di crisi, infatti, generatasi a partire da febbraio 2020, ha avuto un impatto esteso sulle organizzazioni, sui processi e sulle procedure normalmente utilizzate dalle Regioni e dalle Aziende sanitarie. In questo scenario nuovo, la situazione di crisi ha cambiato sia il contesto esterno sia quello interno alle Aziende sanitarie e anche i rischi di corruzione si sono, di conseguenza, modificati tenuto conto del mutamento dei fattori di rischio. Le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente in cui opera la pubblica amministrazione sono cambiate, è mutato il quadro normativo ed è diversa la disponibilità di risorse economiche da investire nel settore sanitario.

Le maggiori risorse disponibili (tra cui rientra anche la gestione delle donazioni che sono state destinate alle Strutture sanitarie da parte di numerosi cittadini), l'urgenza di spenderle, i poteri commissariali e le limitazioni di responsabilità costituiscono rilevanti fattori di rischio che possono agevolare il fenomeno della corruzione (non mala amministrazione, ma vera e propria corruzione) che indebolisce il sistema sanitario particolarmente coinvolto nella situazione di emergenza attuale.

La stessa ANAC ha redatto un report dal titolo «*Indagine conoscitiva sugli affidamenti in regime emergenziale di forniture e servizi sanitari connessi al trattamento e al contenimento dell'epidemia da Covid-19 – Report di seconda fase*» che ha analizzato gli acquisti di dispositivi sanitari e di protezione individuale ritenuti più rilevanti nella gestione dell'emergenza (ventilatori polmonari, tamponi nasali e faringei, mascherine, guanti, tute protettive e gel igienizzanti), nonché quelli effettuati per consentire il lavoro agile. Ne emerge, da un confronto a livello nazionale, che la Regione Toscana, caratterizzata dalla netta prevalenza di strumenti di aggregazione della domanda, ha fatto il maggiore ricorso all'utilizzo di strumenti di centralizzazione, ma allo stesso tempo è risultata la seconda Regione, subito dietro alla Lombardia, a spendere di più per l'emergenza in termini assoluti. La Toscana è, comunque, la Regione che ha speso di più per l'acquisto di mascherine, nonostante questo sia avvenuto a livello di centrale di committenza regionale. Altro dato negativo si ottiene dal calcolo della spesa pro-capite della Regione Toscana dove l'emergenza ha pesato su ogni residente per un valore più elevato, sia rispetto al valore medio pro-capite sostenuto per fronteggiare l'emergenza a livello regionale, sia rispetto alla spesa pro-capite nazionale. Infine la Toscana risulta, nel Report di ANAC, essere la seconda Regione più dispendiosa per soggetto contagiato nel periodo marzo-aprile 2020.

Le considerazioni sopra esposte, che necessitano senz'altro di essere lette e approfondite nel complessivo periodo di gestione dell'emergenza, inducono però a ritenere che la soglia di attenzione sulle risorse pubbliche debba essere oggi ancora più alta per prevenire il rischio corruzione o mala amministrazione in relazione alle cospicue disponibilità legate allo stato di emergenza.



La fase di ripresa post emergenza coronavirus rappresenterà una grande occasione di rilancio del sistema sanitario oppure no, se lascerà spazio a nuove opportunità criminali, poiché sono ipotizzabili importanti investimenti criminali nelle società operanti nel c.d. ciclo della sanità, siano esse attive nella costruzione e ristrutturazione di insediamenti ospedalieri, nella produzione e distribuzione di apparati tecnologici, di equipaggiamenti e di prodotti medicali, nonché nello smaltimento di rifiuti speciali, nella sanificazione ambientale o nei servizi di onoranze funebri a causa dell'alta mortalità connessa alla pandemia. Bisognerà perciò avvalersi del monitoraggio svolto dalle Istituzioni che osservano con attenzione le eventuali variazioni dell'oggetto sociale, le trasformazioni societarie, le cessioni o le acquisizioni di rami d'azienda, le modifiche nelle cariche sociali, i trasferimenti di sedi e altro, di tutte le aziende che vogliono partecipare a bandi pubblici nel settore, verificando che si tratti di dinamiche effettive e "sane" e non finalizzate a celare la possibile evoluzione mafiosa delle imprese.

### **6.1.2 SALUTE E EMERGENZA SANITARIA**

La Regione Toscana, insieme ad altre Regioni, misura la *performance* del proprio servizio sanitario grazie a un sistema di valutazione che osserva la capacità della sanità di tradurre le strategie in risultati per promuovere la salute della popolazione e la sicurezza sanitaria, garantire la qualità dell'assistenza, migliorare l'esperienza del paziente, costruire un adeguato clima organizzativo attraverso un corretto utilizzo delle risorse. Il Laboratorio *Management e Sanità* (MES) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ogni anno a tal fine elabora un report che risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria.

In periodo di pandemia il Laboratorio MES ha svolto ricerca sull'andamento del contagio fornendo e rielaborando informazioni, disponibili a livello regionale e provinciale, in termini di casi positivi, dimessi, guariti e deceduti, ma anche di numero di tamponi e rapporto con i casi Covid e, infine, di rapporto fra i posti letto in terapia intensiva dichiarati per Covid dalle Regioni sulla popolazione e l'indice di saturazione dei posti letto in terapia intensiva.

Inoltre nel 2020, al fianco dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), il Laboratorio MES ha condotto un'indagine dal titolo «*Il vaccino e la vaccinazione contro il Covid-19: la propensione della popolazione italiana ad aderire alla campagna vaccinale*» che, su un campione di 12.322 residenti in tutte le Regioni e Province autonome, ha rilevato ancora un 17% di persone che non intendono vaccinarsi e un ulteriore 17% di indecisi. La fascia di popolazione che sembra più propensa alla vaccinazione è quella sopra i 65 anni (75,4%), mentre le percentuali di disaccordo maggiori (22,2%) si ritrovano nella popolazione con un'età compresa tra i 35 e i 44 anni. I dati si dimostrano, dunque, molto utili per intervenire promuovendo azioni a livello locale in favore del successo della campagna vaccinale attraverso la messa a disposizione di professionalità, di una comunicazione efficace e di una logistica adeguata per determinare la scelta della popolazione di



vaccinarsi. Inteso che la popolazione è incentivata a vaccinarsi se ritiene di essere correttamente informata sui rischi e che il vaccino contro il Covid-19 è il modo più rapido per tornare alla normalità.

Sulla campagna di vaccinazione merita un richiamo alla trasparenza e alla responsabilità nelle scelte, viste in particolare le vicende più recenti sulle vaccinazioni a parenti e amici<sup>8</sup> e alle categorie professionali inserite tra i servizi essenziali, che hanno rilevato la difficoltà di gestione di un sistema che dovrebbe senz'altro fondarsi sull'equità di accesso al vaccino. La Regione Toscana alla luce di comportamenti tenuti da politici iscritti all'ordine degli avvocati, che hanno comunque ritenuto opportuno vaccinarsi, nonostante la mancata esposizione al rischio dato da una professione che di fatto non viene da loro esercitata, si è detta pronta a rivedere il sistema di accesso e le sue priorità sulla base dei criteri di età e di patologia, dando lo stop alle vaccinazioni per categoria professionale, fatta eccezione per quella dei sanitari<sup>9</sup>.

L'Italia, senza dubbio, è stato uno dei Paesi più intensamente coinvolti dall'emergenza Covid-19 e pesa ancora oggi un drammatico sovraccarico sulle strutture sanitarie derivante dal perdurante diffondersi della pandemia. Le criticità del sistema sanitario manifestate in questo contesto storico implicano che la pianificazione e la programmazione sanitaria debbano rivolgersi a rafforzare l'assistenza di prossimità, la telemedicina e a favorire la digitalizzazione dell'assistenza e dei servizi sanitari<sup>10</sup>. Lo scopo è di apportare un mutamento dell'attuale quadro che vede il sistema sanitario pubblico ancora fortemente incentrato sull'ospedale, in cui converge la maggior parte della spesa pubblica corrente. Mentre in Italia l'invecchiamento della popolazione e le sue cronicità dovrebbero orientare verso l'organizzazione di servizi sanitari meno incentrati sull'ospedale e più spostati a livello territoriale nella erogazione delle prestazioni di minore complessità, favorendo altresì l'utilizzo delle risorse destinate all'ospedale per le attività a elevata specializzazione. La

---

<sup>8</sup> La Procura di Firenze ha aperto un fascicolo conoscitivo senza ipotesi di reato né indagati per effettuare degli accertamenti preliminari sull'attività di vaccinazione al Mandela Forum di Firenze. L'assessore regionale alla sanità toscana ha chiesto una relazione alla AUSL Toscana Centro che verificherà che le persone che in ipotesi abbiano ricevuto il vaccino per fiale avanzate a fine turno per appuntamenti saltati facciano rigorosamente parte delle categorie autorizzate ad accedere alla vaccinazione secondo le priorità stabilite.

<sup>9</sup> L'Azienda per la gestione della vaccinazione Covid-19 al suo interno ha adottato specifiche istruzioni di lavoro (vedi IL/903/151).

<sup>10</sup> Proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), audizione del Presidente ISTAT, (V Commissione Bilancio, tesoro e programmazione) Camera dei deputati, 29 gennaio 2021, pagg. 41-43. Il PNRR è il programma di investimenti che l'Italia deve presentare alla Commissione europea nell'ambito del Next Generation EU, ossia lo strumento per rispondere alla crisi pandemica provocata dal Covid-19. Il termine per la presentazione del PNRR è il 31/04/2021.



realizzazione di questa impostazione comporterebbe un utilizzo più appropriato delle risorse disponibili e l'aumento dei pazienti trattati in contesti più adeguati ai loro bisogni di salute.

La pandemia ha evidenziato queste criticità nelle loro differenze regionali, a partire dalla equità nell'accesso ai servizi sanitari fortemente condizionata dalla stessa emergenza sanitaria. Nel 2020, infatti, le persone hanno riferito non poche difficoltà di accesso ai servizi sanitari<sup>11</sup> e in molti casi hanno dichiarato di avere rinunciato (pur avendone bisogno) a visite mediche o accertamenti specialistici a causa delle liste di attesa, della scomodità delle strutture, di ragioni economiche o di motivi legati al Covid-19. L'impatto del Covid-19 sulla rinuncia alle cure è stato specialmente riscontrato nel Nord Italia, poi nel Centro e infine nel Meridione.

Rispetto alla situazione attuale determinata dall'emergenza pandemica, anche il Programma Nazionale Esiti – PNE<sup>12</sup> (che costituisce uno straordinario patrimonio di informazioni da far fruttare in termini di capacità di comprensione dei fenomeni sanitari e produzione di conoscenze finalizzate al miglioramento delle pratiche assistenziali), sosterrà e armonizzerà le attività relative al monitoraggio dell'impatto COVID-19 sul servizio sanitario e sulla salute della popolazione, con particolare riferimento alle prestazioni non erogate e alla mancata tempestività nell'accesso alle cure.

L'emergenza ha inoltre determinato una maggiore domanda di personale sanitario, particolarmente elevata per alcune specializzazioni (malattie infettive, microbiologia e virologia, anestesia, terapia intensiva, medicina interna, pneumologia e pediatria, medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza). È una certezza che servano investimenti pubblici costanti per garantire un'assistenza sanitaria di qualità e un rafforzamento dell'assistenza di lunga durata (al di là del tempo di ricovero ospedaliero) in maniera omogenea sull'intero territorio nazionale, al fine di tutelare la salute quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività (art. 32 Cost.).

Al contrario, il consolidarsi di una sorta di “cultura dell'emergenza”, che porti a gestire ingenti investimenti pubblici, soltanto per governare la ripartenza a fronte di specifiche situazioni di crisi, rischia l'affermazione in Italia di un modello di “gestione straordinaria” che potrebbe rivelarsi estremamente più vulnerabile alla corruzione e alla infiltrazione mafiosa. Tenuto conto, oltretutto, della “semplificazione normativa”<sup>13</sup> che spesso accompagna la gestione dell'emergenza e che

---

<sup>11</sup> L'Azienda ha adottato uno specifico Piano aziendale per la ripresa delle attività ambulatoriali nella fase 2 della pandemia (vedi PN-20/903/04 A).

<sup>12</sup> il Programma Nazionale Esiti (PNE) è sviluppato da AGENAS su mandato del Ministero della Salute e ha l'obiettivo di valutare l'efficacia nella pratica, l'appropriatezza, l'equità di accesso e la sicurezza delle cure garantite dal Servizio sanitario nazionale (SSN) nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

<sup>13</sup> Il richiamo è al d.l. n. 76 del 2020 (decreto semplificazioni) per il quale la stessa Corte dei conti all'inaugurazione dell'anno giudiziario richiama l'attenzione sul rischio di una sorta di esenzione di responsabilità per chi amministra le





putroppo accade che si traduca in una “desertificazione di regole scomposte”, tali da permettere aggiudicazioni di lavori pubblici, servizi e forniture di scarsa qualità con prezzi non concorrenziali e con impatto serio sul settore sanitario.

La sfida aperta dall’opportunità di cambiamento in conseguenza della situazione di crisi, impone perciò di essere raccolta all’insegna delle riforme per una semplificazione delle norme in un quadro coerente di obiettivi e mezzi da ricreare per la ripresa del sistema amministrativo e produttivo del Paese. Mantenendo fermo l’assunto nell’ambito del settore sanitario, per cui una maggiore qualità dell’offerta assistenziale si traduce in un innalzamento dei livelli di equità.

La gestione amministrativa, dal canto suo, deve necessariamente ispirarsi a una prevenzione sostanziale della corruzione data dall’integrale trasparenza di ogni spesa e acquisto pubblico, in ottica di vigilanza collaborativa tra istituzioni e cittadini, mediante il rafforzamento degli strumenti di prevenzione diffusa e di controllo sociale degli abusi di potere, quali il monitoraggio e l’accesso civico. Del resto, la prima misura anticorruzione da osservare è ricordare sempre le nostre responsabilità di cittadini nelle relazioni umane, in ogni ambito in cui esse si sviluppano. La conoscenza è senz’altro la via maestra verso questa presa di coscienza e allo stesso tempo è garanzia di futuro; per questo motivo è indispensabile un impegno enorme nella formazione, affinché alle leggi si accompagnino la cultura e le convinzioni dei cittadini sui valori comuni, tra cui il diritto di tutti ad accedere a una sanità pubblica di qualità.

La Sanità pubblica riparte, nell’Italia che affronta nel 2021 la triplice emergenza sanitaria, economica e sociale, dalle donne e gli uomini della pubblica amministrazione con la creazione di buona occupazione, con gli investimenti in formazione per la valorizzazione professionale del lavoro pubblico e con un’azione di modernizzazione costante per adeguare i servizi ai nuovi e mutati bisogni dei cittadini<sup>14</sup>. L’organizzazione del lavoro, le nuove tecnologie e la formazione dovranno definire una pubblica amministrazione capace di adattarsi con flessibilità a scenari estremamente mutevoli.

La formazione assume centralità per combattere nel nostro Paese le disegualianze di partenza che si ereditano e sempre di più vincolano il futuro delle nuove generazioni; serve creare spazio a tutti i meritevoli ed essere nel mondo del lavoro più attenti a valorizzare i talenti, piuttosto che a consolidare i ruoli. Le donne possono aiutare il cambiamento della pubblica amministrazione in questa direzione interpretando letteralmente il ruolo di *leadership*, che significa guidare stando

risorse pubbliche. A questo allarme si aggiunge la difficoltà legata all’applicazione della normativa sui contratti pubblici destinata a ricevere con ogni probabilità l’ennesima evoluzione.

<sup>14</sup> Patto per l’innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale, Presidenza del Consiglio dei Ministri (2021).



accanto alle persone e non mettendosi davanti agli altri. Significa accompagnare la crescita di chi ti lavora accanto, senza prevaricare, basandosi piuttosto sull'empatia, in completo spirito di servizio per servire al meglio una funzione pubblica.

## 6.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

### 6.2.1 L'AZIENDA

L'Azienda ha la propria *mission* nel raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute (concepita come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale), mediante processi che integrano inscindibilmente assistenza, didattica e ricerca, volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche e biomediche a livello nazionale e sovranazionale. L'Azienda garantisce lo svolgimento di tali compiti istituzionali attraverso la propria struttura organizzativa definita unitamente dall'Atto aziendale e dall'organigramma<sup>15</sup>.

Senz'altro gli eventi derivanti dal contesto esterno influiscono (direttamente o indirettamente) sull'operato aziendale, con particolare riferimento alle attività e funzioni che devono essere assicurate dall'Azienda, quale ente pubblico. L'emergenza, quindi, ha impattato l'Azienda rispetto al contesto interno in termini di mutamento dei processi, tra cui possono essere menzionati quelli di:

- sperimentazione e ricerca;
- procedure semplificate di acquisto, etc.;
- dotazione organica (assunzioni con riduzione dei tempi di selezione, assunzioni di personale da agenzie di lavoro interinale, assunzioni degli specializzandi e mancate quiescenze);
- assetti organizzativi provvisori (realizzazione di reparti Covid-19);
- riorganizzazione definita con nuovo organigramma aziendale (riorganizzazione della Direzione sanitaria);
- modalità di lavoro (il lavoro agile con una maggiore esposizione a rischi di reati informatici, di violazioni del trattamento dei dati personali, di assenteismo).

La gestione di un'emergenza in ogni caso modifica le attività, presumibilmente anche nell'ambito in cui può essere più elevato il rischio di corruzione, ed è preciso compito del RPCT proporre la

---

<sup>15</sup> Si veda a tal proposito anche il Piano della Performance 2021-2023 (in particolare, pag. 6 e ss.) adottato con provvedimento del Direttore Generale n. 76 del 01/02/2021.



modifica del PTPCT, quando intervengono mutamenti nell'organizzazione, oppure nell'attività dell'amministrazione. In questo senso il PTPCT è stato aggiornato nel 2020 e l'Azienda dovrà ancora di più nei prossimi anni essere in grado di effettuare un'analisi dei rischi accurata rispetto all'elevato numero di processi che gestisce, poiché una mappatura dei processi aziendali incompleta o il suo mancato aggiornamento annuale (tolti i processi obsoleti o non più esistenti), potrebbe inficiare tutta la strategia aziendale di prevenzione della corruzione e il perseguimento di un miglioramento continuo.

L'Azienda si è orientata da subito nella gestione del conflitto di interessi dal momento che quest'ultimo, forte delle asimmetrie informative, condiziona particolarmente il servizio sanitario, ed è in grado di minare l'integrità e il corretto funzionamento del sistema, alimentando a vari livelli comportamenti dannosi per la collettività.

L'Azienda per gestire i rapporti tra i suoi professionisti (sia ospedalieri sia universitari) e i diversi portatori di interessi privati, affinché essi siano riconducibili entro percorsi corretti e non siano in contrasto con la legge, i regolamenti, le procedure, il codice di comportamento, nonché il codice deontologico, ha già adottato misure specifiche come:

1. il Regolamento aziendale sull'informazione medico-scientifica e sull'attività degli *specialist* di prodotto presso i comparti operatori;
2. il Regolamento aziendale sugli incarichi extra-istituzionali;
3. il Regolamento aziendale sul finanziamento di attività e progetti finanziati da soggetti privati;
4. il Regolamento aziendale sulla formazione aziendale sponsorizzata;
5. la sottoscrizione di Patti di integrità/Protocolli di legalità da parte di fornitori/sponsor/finanziatori che si impegnano al rispetto della normativa in materia di anticorruzione;
6. il Protocollo di intesa con l'Università di Firenze per la gestione dei conflitti di interessi e le incompatibilità del personale universitario in afferenza assistenziale;
7. la costituzione del *Clinical Trial Center* (CTC), quale ufficio di supporto tecnico-scientifico e amministrativo agli studi clinici (*profit* e *no-profit*) e privilegiato osservatore dei rapporti pubblico-privato nell'ambito della ricerca clinica;
8. il Regolamento aziendale per la gestione dei finanziamenti derivanti dalle sperimentazioni cliniche e gestione dei fondi;



9. il Regolamento aziendale sul contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo;
10. il Protocollo di assistenza socio-sanitaria, di tutela e di promozione sociale per disciplinare il rapporto con le associazioni di volontariato presenti all'interno dell'Azienda;
11. le attività di specifici organismi aziendali (la Commissione per la valutazione del conflitto di interessi - COVACI - e il Servizio Ispettivo) per la gestione dei conflitti di interessi e le incompatibilità rispetto alle attività extra-istituzionali dei professionisti;
12. il Regolamento per i controlli interni e quello del servizio ispettivo aziendale.

Tutte le misure sopra indicate rappresentano il frutto del lavoro dell'Azienda che nel tempo ha affrontato in modo sistematico la gestione del conflitto di interessi, utilizzando soluzioni non solo di natura procedurale (regolamenti, procedure e soluzioni organizzative), atte a stimolare un controllo interno dell'Azienda sull'attività dei professionisti, ma anche di carattere culturale e valoriale, cercando di stimolare il c.d. autocontrollo da parte dei professionisti coinvolti in molta attività formativa in materia, per essere sensibilizzati e resi consapevoli del significato del conflitto di interessi e della sua ineluttabile gestione, anche nella evidente difficoltà di armonizzare ordinamenti giuridici diversi (universitario e aziendale) per il personale universitario in afferenza assistenziale.

In questo contesto, inoltre l'Azienda, date le indagini in corso della Procura di Firenze in esito a concorsi pubblici per alcune cattedre di medicina dell'Università di Firenze, è tenuta ad accelerare al suo interno l'affermazione della cultura della trasparenza, dell'etica e della correttezza dell'agire professionale e a vigilare i percorsi con l'Università per l'inserimento del personale universitario in afferenza assistenziale. E infatti è in corso di studio e di predisposizione un Regolamento aziendale che disciplinerà sia le modalità di accesso all'attività assistenziale del personale universitario (con riguardo soprattutto alla fase della programmazione congiunta di reclutamento di personale universitario e di autorizzazione delle procedure selettive per posti che prevedono l'afferenza assistenziale) sia i processi connessi allo svolgimento delle funzioni cliniche dei docenti e ricercatori.

Altro importante fattore del contesto interno è certamente dato dalla valutazione che scaturisce dall'indagine sul clima interno e il benessere organizzativo che viene condotta dalla Direzione Aziendale e che è volta a dare voce ai dipendenti sull'operato del *management*, sulla comunicazione, sulla formazione e sugli altri aspetti costitutivi del clima aziendale. Lo studio del clima organizzativo risponde all'esigenza di valutare l'impatto delle azioni organizzative sui processi di lavoro quotidiani ed è un modo per misurare lo stato di salute di un'organizzazione.



L'indagine consente di raccogliere informazioni utili a orientare interventi non solo in direzione della soddisfazione lavorativa e di esigenze formative specifiche, ma anche verso criticità strutturali, con l'obiettivo ultimo del miglioramento delle strategie gestionali. Il clima organizzativo, se opportunamente gestito, può infatti determinare migliori *performance* degli individui e garantire un allineamento efficiente dei comportamenti delle persone rispetto alla cultura e alla strategia dell'organizzazione.

Sopra ogni altra indagine sarà soprattutto rilevante per il Servizio Prevenzione e Protezione dell'Azienda, alla luce della gestione della pandemia, osservare la valutazione approfondita del rischio Stress-Lavoro Correlato del 2020, inteso che questa specifica indagine guarda alla predetta condizione di rischio che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni lavoratori non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro.

Al contempo l'Azienda ha promosso, su iniziativa del Centro Regionale sulle Criticità Relazionali (CRCR), uno studio multicentrico e longitudinale sul benessere psicologico e psicosociale del personale sanitario (di cui è disponibile la prima rilevazione, avviata a giugno 2020) per approfondire i fattori (socio-anagrafici, individuali, organizzativi) che intervengono nel determinare i livelli di stress dei professionisti a seguito della gestione dell'emergenza sanitaria Covid-19 nelle diverse fasi, nonché la relazione tra stress e benessere psicologico come conseguenza della gestione della stessa emergenza. Dai risultati emerge l'individuazione di fattori ambientali (il nucleo familiare e l'abitazione) e fattori legati all'emergenza (l'assegnazione a un'area diversa da quella abituale, avere lavorato in un reparto Covid-19, avere contratto la patologia Covid-19). L'indagine dimostra che il 92% dei partecipanti non sta seguendo (al momento della rilevazione) un percorso di supporto psicologico e che hanno impatto significativo sul livello di stress legato all'emergenza sia fattori protettivi<sup>16</sup> (la resilienza, la qualità delle relazioni, le dimensioni dell'abitazione, il titolo di studio e l'autoefficacia percepita) sia fattori di rischio<sup>17</sup> (fattori di stress organizzativo e di salute, l'ansia per la salute, il lavoro in reparto Covid-19, essere di genere femminile, essere spostati di reparto a causa dell'emergenza).

---

<sup>16</sup> Al crescere dei fattori protettivi diminuisce il livello di stress.

<sup>17</sup> Al crescere dei fattori di rischio aumenta il livello di stress e all'aumentare del livello di stress aumentano i sintomi ansiosi e depressivi e diminuisce il livello di benessere complessivo. Tra i fattori di rischio quelli di stress organizzativo indagati e risultati significativi sono: lo scarso supporto e coesione nel team; il lavoro in solitudine; il ritmo e il carico di lavoro eccessivi; la pressione e lo stress costanti per mantenere alto l'impegno professionale; la percezione di lavorare a stretto contatto con altri professionisti non adeguatamente formati alla gestione dell'emergenza o alle nuove mansioni e la scarsa possibilità di usufruire di pause durante il turno.



La ricerca, a cui hanno partecipato 1154 professionisti (il 75% di genere femminile), conferma una quota di disagio psicologico connesso allo stress dovuto all'emergenza coronavirus ed è una valida premessa per meglio strutturare iniziative di consulenza a supporto del personale sanitario (specie se neoassunto o neo inserito) e monitorare il benessere psicosociale dei professionisti che l'Azienda sostiene con azioni su tre livelli: organizzativo, di gruppo e individuale.

Merita, infine, attenzione l'indagine esplorativa sul lavoro agile a cui complessivamente ha partecipato il 67,7% della popolazione reclutabile (tutti i professionisti dell'Azienda che durante lo stato di emergenza hanno lavorato in questa nuova modalità introdotta quale misura sperimentale utile a contrastare e contenere il diffondersi del coronavirus) risultando il campione per lo più composto da partecipanti di genere femminile e con figli.

L'indagine evidenzia l'esperienza delle lavoratrici e dei lavoratori nell'arco del 2020 in cui l'Azienda ha operato un ampio processo di riorganizzazione all'interno dei diversi contesti lavorativi con effettivi sulla condivisione di obiettivi, sul lavoro di gruppo, sul coordinamento dei lavoratori, sulla comunicazione, sulle relazioni lavorative, sull'operatività e l'utilizzo di strumenti informatici. Gli esiti dell'indagine inducono a ritenere che la maggioranza dei rispondenti ai quesiti posti ritiene di essere riuscita recuperare con facilità i documenti e tutto ciò che è necessario per lavorare, di avere ricevuto e fornito agli altri tempestivamente ciò di cui c'è stato bisogno per lavorare e di non avere avuto problemi di accesso agli applicativi aziendali. Prevale la percezione tra i rispondenti di sentirsi soddisfatti a fine giornata della qualità del proprio lavoro, ma tra le criticità è rilevabile nelle risposte un sovraccarico lavorativo tale per cui viene percepita come eccessiva la presenza del lavoro nella quotidianità e un peggioramento riguardo la qualità delle relazioni personali e lavorative se paragonate al periodo precedente l'emergenza sanitaria. Con riferimento, per concludere, alla conciliazione lavoro-vita privata in questo momento il lavoro ha rappresentato un sostegno e farlo in modalità agile ha generato un senso di sicurezza.

## 6.2.2 ASSUNZIONE STRAORDINARIA DI PERSONALE

In relazione alle procedure di reclutamento di personale a fronte delle esigenze straordinarie connesse all'emergenza da pandemia COVID-19, sono state utilizzate in via prioritaria le ordinarie procedure di assunzione, attingendo alle graduatorie concorsuali per il tempo indeterminato, ove disponibili, anche in ragione della maggiore attrattività soprattutto per il personale di taluni profili professionali e della necessità, comunque, di garantire il turn-over programmato in un periodo di maggior difficoltà nel reperire risorse a fronte di una generale crescita della domanda. In via secondaria e più prettamente emergenziale si è provveduto attraverso assunzioni a tempo determinato, anche di dirigenti medici e sanitari oltre che di personale del comparto. Per le professionalità di più difficile reperibilità nel contesto emergenziale, in particolare ma non in via esclusiva medici internisti e anestesisti rianimatori, l'Azienda ha fatto ricorso infine al conferimento di incarichi libero professionali anche in favore di medici in formazione specialistica iscritti all'ultimo e penultimo anno delle rispettive scuole. Rispetto a quest'ultima fattispecie, sono state



utilizzate le deroghe alla normativa ordinaria concesse a riguardo dalle speciali ed eccezionali disposizioni di legge emanate per far fronte alla situazione di emergenza sanitaria in corso quali quelle sancite dal D.L. 18 del 17/3/2020. Pure in queste ipotesi straordinarie è stato comunque salvaguardato il rispetto della trasparenza e dell'imparzialità dell'azione amministrativa attraverso l'attuazione di procedure ad evidenza pubblica.

### 6.2.3 GESTIONE ATTIVITÀ E PERCORSI DURANTE L'EMERGENZA COVID-19

In seguito all'ordinanza n. 3 del 23/02/2020 della Regione Toscana e alla comunicazione dei primi di marzo 2020 "Azioni per il contenimento del rischio diffusione del virus COVID-19 nell'azienda Careggi", dal 09/03/2020 sono stati istituiti, agli ingressi principali dei padiglioni, dei checkpoint con funzione di controllo dell'utenza in entrata. Inizialmente il personale impegnato in questa attività è stato reperito in toto (come al Centro Servizi del NIC, CTO e Piastra) o in parte, dal personale che normalmente svolge il proprio lavoro alle accoglienze dei padiglioni, integrato, ove necessario, da personale recuperato da servizi ambulatoriali chiusi per emergenza COVID. Con la ripresa dell'attività ambulatoriale dai primi di maggio (c.d. Fase 2) e la necessità di far rientrare gli operatori degli ambulatori al loro lavoro per le esigenze assistenziali degli utenti, si è posto il problema di come continuare a garantire il necessario servizio di checkpoint. Al riguardo in un primo momento sono state assunte risorse in somministrazione lavoro e successivamente, verificata la possibilità di aderire a convenzione ESTAR, quest'attività è stata affidata a ditta esterna. Presumibilmente l'affidamento, per ora previsto fino al 31 giugno 2021, sarà prorogato in conseguenza delle eventuali proroghe dello stato di emergenza.

### 6.2.4 INTERVENTI PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA

L'Area Tecnica dell'Azienda ha risposto ai problemi legati ai numerosi ricoveri dovuti all'emergenza Covid-19 mettendo in atto lavori di ristrutturazione e manutenzione straordinaria necessari alla trasformazione ed all'adeguamento dei reparti coinvolti nell'accoglienza dei pazienti affetti da Covi19.

Sono stati affidati piccoli lavori ai sensi dell'art. 36, comma 2, lett. a) del d.lgs. n. 50 del 2016 smi:

- provvedimento dirigenziale n. 126 del 16/04/2020 fornitura di pannelli in plexiglass per banconi presso le postazioni al pubblico;
- provvedimento dirigenziale n. 244 del 22/06/2020 fornitura tendo strutture per il riparo degli utenti in fila con il rispetto del distanziamento richiesto (presso i padiglioni S. Luca, Piastra, CTO).

Sono stati affidati con provvedimento dirigenziale n. 469 del 29/10/2020 i lavori per la ristrutturazione dei locali posti presso l'ex DH di malattie infettive, al secondo piano del Pad. 15 Piastra, di adeguamento a terapia intensiva e subintensiva (4 posti letto + 8 posti letto).



Mediante gli Accordi quadro in essere è stato possibile rispondere immediatamente all'emergenza, facendo eseguire alle imprese aggiudicatrici i necessari lavori di adeguamento che, a solo titolo esemplificativo e non esaustivo, sono:

- implementazione dei posti letto di terapia intensiva e sub intensiva, con adeguamento di 4 reparti di degenza a reparti Covid (presso il padiglione Cliniche Chirurgiche);
- opere di adeguamento e trasformazione di 5 reparti di degenza a reparti Covid (presso il padiglione DEAS blocchi B, C, G) a seguito di modifiche funzionali e organizzative dell'attività sanitaria, e presso il PS adeguamento di spazi di attesa per barellati;
- adeguamento e risanamento delle porzioni di area presso il pronto soccorso CTO da destinare ad attività di *Drive through*;
- adeguamento di una porzione del reparto di degenza ortopedica traumatologica (posto al III piano del CTO) a degenza COVID.

Restano da realizzare, utilizzando gli Accordi quadro predisposti dal Commissario Straordinario per l'emergenza con il d.l. n. 34 del 2020, la progettazione e l'esecuzione di interventi di adeguamento per complessivi 20 posti letto di terapia intensiva e subintensiva di un'area di degenza precedentemente utilizzata come degenza ematologica (presso il II piano del padiglione Piastra dei Servizi).

#### 6.2.5 GESTIONE DELLE CARENZE DI FARMACI, DISPOSITIVI MEDICI (DM), DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) E DISINFETTANTI

Durante l'emergenza Covid-19, la Farmacia è intervenuta in tutte le criticità riguardanti i dispositivi medici (DM), i dispositivi di protezione individuale (DPI), i farmaci e i disinfettanti.

**DM e DPI Covid-19:** il modello organizzativo dell'Azienda per la gestione delle carenze di DPI e di DM durante la fase emergenziale Covid-19 è stato incentrato sulla totale centralizzazione delle attività in Farmacia. È stato creato un magazzino "Pre-Covid" nel quale sono stati collocati in quarantena e poi verificati con il supporto dell'SPP, tutti i DM e DPI di dubbia qualità perché non deliberati in gare ESTAR ma provenienti da Protezione Civile e da donazioni. È stato creato un magazzino sia fisico che virtuale denominato "Covid19" per l'immagazzinamento e successivo smistamento dei DM e DPI legati all'emergenza Covid tra le varie strutture dell'Azienda. La consegna è avvenuta con trasferimenti programmati e senza alcuna richiesta da parte dei reparti. Le quantità spettanti ai vari reparti sono state infatti basate su previsioni di consumo concordate con la Direzione Sanitaria e il SPP secondo DVR, Ordinanze Regionali etc. La Farmacia ha inoltre assemblato kit-covid e kit-tampone contenenti quantità mirate di DM e DPI carenti per ridurre gli sprechi di materiale. Questi kit sono stati poi distribuiti sulla base di specifiche richieste anche in emergenza. A partire dal primo novembre 2020 la Farmacia è diventata il Gestore di Fabbisogno





anche di tutti i DPI. Da tale data quindi i farmacisti quotidianamente validano tutte le richieste delle SOD di Careggi verificando anche le quantità cumulative richieste nel periodo. Sono inoltre stati allestiti due nuovi depositi in cui sono immagazzinate scorte di DM e DPI pari al consumo di tre mesi di picco pandemico. I materiali presenti stoccati in questi magazzini sono costantemente rinnovati al fine di non incorrere in sprechi per prodotti scaduti.

**Farmaci:** durante i periodi di maggior impatto pandemico si sono verificate carenze a carico dei principali farmaci utilizzati nei reparti di Terapia Intensiva e di Malattie Infettive. Tali carenze sono state affrontate con l'acquisto di farmaci esteri e talvolta anticipando gli ordini ad ESTAR in virtù di approfondite valutazioni molto precoci di fabbisogno ottenute analizzando le evidenze cliniche e scientifiche da tutto il mondo. Attualmente presso la farmacia è immagazzinata una scorta di questi farmaci pari al consumo di tre mesi di picco pandemico. Anche queste giacenze sono costantemente rinnovate per non incorrere in sprechi per prodotti scaduti. Attualmente la Farmacia di Careggi agisce da Magazzino regionale unico di Remdesivir ricevendo la quota spettante alla Regione Toscana e smistandolo poi a tutte le strutture sanitarie toscane sulla base delle quotidiane approvazioni di AIFA.

**Disinfettanti:** durante i mesi di maggiore crisi (da febbraio a maggio 2020), vista l'assoluta irreperibilità sul mercato di soluzioni per la disinfezione delle mani e delle superfici, il laboratorio galenico della farmacia ha quotidianamente allestito grandi volumi di gel idroalcolico e di ipoclorito di sodio per le esigenze interne dell'Azienda.

## **7 IL PTPCT, GLI OBIETTIVI GENERALI E LA STRATEGIA AZIENDALE**

La politica di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza e integrità prevista dall'Azienda con il PTPCT è improntata alle migliori strategie sostenibili per presidiare i possibili rischi di corruzione, mediante l'adozione o il perfezionamento di misure di prevenzione e mitigazione di questa particolare tipologia di rischi.

L'Azienda promuove cioè l'anticorruzione considerando tutti i fenomeni di mala amministrazione che, in senso lato, possono condizionare negativamente i processi e le attività aziendali e impiega per questo motivo fondamentali risorse nella formazione del personale. Infatti, la scelta dell'Azienda nel cercare di prevenire la corruzione è quella di prediligere un approccio orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità, piuttosto che uno improntato alle sole regole e misure repressive. A tal fine l'Azienda ricerca la collaborazione dei molteplici soggetti interni ed esterni attenti a promuovere e diffondere la legalità e l'integrità, contribuendo così in maniera attiva a garantire la tutela dell'interesse della collettività. La strategia aziendale anticorruzione segue inoltre un approccio sistemico, ovvero le singole misure di mitigazione del rischio corruttivo agiscono in maniera intercorrelata e sinergica per ottenere un risultato efficace e in grado di generare valore su più fronti nella prevenzione della corruzione.



Alla luce di tale impostazione, gli **obiettivi generali** che il PTPCT propone per il triennio 2021-2023 sono:

1. tenere aggiornati procedimenti amministrativi e processi aziendali;
2. identificare e valutare i rischi di corruzione, in particolare nel nuovo scenario di attuale emergenza Covid-19 e post-emergenza;
3. intervenire prioritariamente nelle situazioni in cui emergono comportamenti corruttivi o di mala-amministrazione, anche a seguito di indagini dell'autorità giudiziaria;
4. sviluppare indicatori di rischio di corruzione e strumenti per la valutazione di efficacia delle misure scelte per mitigare i rischi corruttivi;
5. implementare le buone pratiche, diffondere l'etica pubblica e l'integrità all'interno dell'organizzazione aziendale, anche mediante l'ottimizzazione di scambi di rete tra la Regione, le Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Toscana e i Gruppi di confronto nazionali;
6. favorire una maggiore trasparenza nella integrazione tra Azienda e Università;
7. presidiare i rapporti pubblico-privato, dando evidenza al perseguimento dell'interesse pubblico nelle collaborazioni e gestendo attraverso percorsi strutturati il conflitto di interessi;
8. incentivare la formazione dei dipendenti<sup>18</sup>;
9. rafforzare la Rete anticorruzione con capacità e risorse disponibili in Azienda per condividere il lavoro sia in termini di prevenzione, sia di controllo sulle attività.

Questi obiettivi si realizzano, di regola, soprattutto attraverso un lavoro che si sviluppa in Azienda a livello decentrato. Anche quest'anno però, in risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel nuovo scenario aperto dalla pandemia, la scelta per l'anticorruzione è senz'altro quella di massimo sostegno alle Strutture sanitarie impegnate, mediante un loro alleggerimento nelle azioni, con una programmazione più che mai mirata agli obiettivi e un coinvolgimento nelle attività principalmente circoscritto alla Rete, al meglio delle sue possibilità attuali. Il principale obiettivo per il 2021 da raggiungere consisterà nell'elaborazione di una nuova rappresentazione dei processi aziendali, sui quali gran parte del lavoro di presentazione e analisi da parte delle singole Strutture aziendali è già stato compiuto nel corso del 2020.

Per quanto riguarda invece le **misure specifiche** da adottare nel triennio qui considerato si precisano le seguenti azioni:

---

<sup>18</sup> Per cui si rinvia al Piano Formativo Aziendale (PAF) vedi provvedimento del Direttore Generale n. 131 del 26/02/2021 e anche al Regolamento aziendale sulla formazione a distanza come modificato dal provvedimento del Direttore Generale n. 129 del 26/02/2021.



- l'investimento su una piattaforma aggiornata e sicura per la ricezione delle segnalazioni che garantisca al massimo la riservatezza del segnalante e il percorso di gestione in digitale della segnalazione come la conservazione delle stesse, in maniera tale da favorire la cultura della segnalazione;
- il potenziamento della trasparenza per colmare lacune dell'Azienda circa la pubblicazione dei dati, sul sito *internet* nella sezione Amministrazione trasparente, con aggiornamento tempestivo (laddove previsto dalla normativa), attraverso una gestione informatica della pubblicazione direttamente da parte della Struttura aziendale che produce il dato, in maniera tale da favorire la cultura della trasparenza e una maggiore responsabilizzazione diffusa sugli obblighi di pubblicazione dei dati a vantaggio del controllo sull'Azienda da parte dei cittadini;
- l'adeguamento alle attese nuove indicazioni sugli obblighi di pubblicazione, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. n. 33 del 2013, con riferimento ai titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali (Regolamento da adottare entro il 30/04/2021 ai sensi dell'art. 1, comma 7 del decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162);
- la puntuale rendicontazione pubblica delle donazioni ricevute per l'emergenza Covid-19 e per l'utilizzo degli importi, valutando l'opportunità di utilizzo del modello proposto da ANAC e MEF al fine di consentire anche la comparazione dei dati tra pubbliche amministrazioni;
- la costruzione di un efficace registro degli accessi, grazie al miglioramento della gestione documentale in ottica di transizione digitale dell'Azienda<sup>19</sup>;
- la costruzione di un sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti per l'utilizzo dei servizi *on line* resi dall'Azienda con accesso dal sito istituzionale;
- l'investimento sulla formazione per la prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza e integrità, con un corso FAD regionale comune alle Aziende sanitarie del SSRT in collaborazione con il FORMAS;
- partecipazione ai lavori del Forum per l'integrità in sanità secondo il Protocollo di adesione sottoscritto dall'Azienda il 4/11/2020 (provvedimento del Direttore Generale n. 512 del 14/10/2020).

---

<sup>19</sup> Si rinvia al Piano aziendale di digitalizzazione approvato con provvedimento del Direttore Generale n. 130 del 26/02/2021, nonché al Piano strategico pluriennale e al Piano della Performance (2021-2023) in vigore in Azienda.



Alcune Strutture aziendali hanno inoltre proposto l'adozione per il 2021 di specifiche misure che saranno comunque riportate in Allegato 1, che sintetizza tutti gli obiettivi programmati per il 2021, quali obiettivi del Piano e di valutazione organizzativa e individuale delle strutture considerate.

## **8 COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE *PERFORMANCE***

Le misure di prevenzione della corruzione contenute nel PTPCT sono definite in coerenza con l'organizzazione aziendale e con le altre azioni di miglioramento previste dagli atti di programmazione, in particolare dal **Piano della *Performance* 2021-2023**.

L'intento di entrambi i documenti programmatici è infatti proprio quello di garantire una ciclicità in grado di creare nel tempo una spirale virtuosa fra il momento di analisi dei punti di forza e delle eventuali criticità, quello di definizione degli orientamenti e degli obiettivi specifici necessari a correggere, la fase di attuazione e monitoraggio e infine quella di valutazione dei risultati conseguiti, per poi ripartire lavorando sulle criticità rimaste o emerse.

È attraverso questo percorso che, anno dopo anno, dovremmo garantire il miglioramento continuo dell'agire della pubblica amministrazione.

Secondo questa impostazione, le misure di prevenzione della corruzione che emergono come necessarie dalla mappatura e dall'analisi dei processi aziendali vengono tradotte in obiettivi sia organizzativi (assegnati alle strutture) sia individuali (assegnati alle singole persone) all'interno del **Piano della *Performance***.

Il **Piano della *Performance*** può contenere anche obiettivi legati alle misure orientate alla trasparenza in coerenza con il **Programma triennale per la trasparenza ed integrità, inserito nel PTPCT**.

Rendere pubbliche e accessibili le informazioni che riguardano l'Azienda consente infatti non solo di adempiere a specifici obblighi normativi, ma soprattutto di permettere anche dall'esterno una valutazione di massima dell'operato dell'Azienda.

L'attuazione degli obiettivi previsti dal PTPCT è infine anche uno degli elementi che concorre alla valutazione del corretto espletamento dell'incarico dirigenziale.

## **9 AMBITO DI APPLICAZIONE DEL PTPCT**

Il PTPCT si applica a:

1. tutti i dipendenti dell'Azienda appartenenti all'area del comparto e alle aree della dirigenza sanitaria e dirigenza tecnico-amministrativa con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, anche in posizione di comando o assimilata;



2. personale universitario in afferenza assistenziale (sia in regime di diritto pubblico, sia contrattualizzato), fermo restando il loro stato giuridico;
3. collaboratori, consulenti, tirocinanti, specializzandi e frequentatori con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, nonché collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi, o che realizzano opere in favore dell'Azienda.

Il PTPCT con il termine dipendente/professionista ricomprende tutte le categorie sopra individuate, salvo espresse eccezioni.

## **10 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER L'ATTUAZIONE DELLA POLITICA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

L'organizzazione prevista all'interno dell'Azienda per lo sviluppo e la gestione delle politiche di prevenzione della corruzione (*mala-administration*), è costituita da:

- **Direzione Aziendale** che riveste il ruolo determinante di guida nell'attuazione della politica di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza, fornendo le risorse necessarie e predisponendo le linee strategiche; condivide le proposte avanzate dal RPCT attraverso il sostegno a specifici obiettivi anticorruzione, con la messa a disposizione di risorse finalizzate anche a supporto del quadro organizzativo.
- **Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza e integrità (RPCT)** che propone il PTPCT alla Direzione Aziendale per la sua adozione, verificandone di seguito l'efficace attuazione e l'idoneità e presentando eventuali proposte di modifica. Il RPCT propone la formazione generale e specifica dei professionisti sulle tematiche di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità. Controlla inoltre l'adempimento degli obblighi di pubblicazione sul sito, come previsto dalla normativa, verificandone la completezza e il periodico aggiornamento.

Il RPCT segnala al Direttore Generale, all'OIV, all'ANAC e all'UPD, nei casi di maggiore gravità, i casi di ritardo o inadempimento sia degli obblighi di pubblicazione, sia delle misure di prevenzione della corruzione/mala-amministrazione previste nel PTPCT, ai fini della contestazione delle mancate responsabilità.

- **Dirigenti responsabili delle Strutture aziendali** che concorrono con il RPCT e la Direzione alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto delle stesse da parte dei dipendenti che afferiscono alla Struttura/Area cui sono preposti; partecipano attivamente all'elaborazione e attuazione 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. I dirigenti sono investiti degli obblighi inerenti la trasparenza e devono attivare e garantire i



flussi informativi obbligatori per l'implementazione del sito *web* nella sezione "Amministrazione Trasparente" per cui sono direttamente responsabili, della correttezza, della chiarezza e della completezza dei dati inviati nel rispetto dei termini, nonché della tenuta e del continuo aggiornamento dei dati stessi.

- **L'Organismo di Supporto alle funzioni del RPCT** (di seguito Organismo di supporto) che svolge attività a supporto del RPCT nella programmazione e nell'attuazione della politica di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità contenuta nel PTPCT. L'Organismo si sub-articola in un Gruppo strategico per le politiche di prevenzione della corruzione e per la promozione della Trasparenza e in un Gruppo operativo.

Il Gruppo strategico è sede privilegiata di analisi, di valutazione delle proposte provenienti dalle aree di attività aziendali, di monitoraggio delle problematiche in materia di anticorruzione e di trasparenza, al fine di proporre la migliore strategia alla Direzione Aziendale. L'organismo è coordinato dal Direttore Amministrativo dell'Azienda ed è composto dai Responsabili delle macro aree di attività aziendali.

Il Gruppo operativo è composto da dipendenti che operano stabilmente con il RPCT e da altri afferenti a diverse aree di attività aziendali che sono individuati dal RPCT in accordo con la Direzione e le stesse aree di afferenza (Allegato 2). Il Gruppo collabora con il RPCT per la predisposizione della proposta di PTPCT, per il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PTPCT e per il monitoraggio sia dell'effettività dell'attuazione delle misure di mitigazione del rischio programmate annualmente dal PTPCT, sia del rispetto degli obblighi di pubblicazione di dati, informazioni e documenti per la promozione della trasparenza.

- **Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza** (di seguito Referenti - Allegato 2) che sono individuati dal Direttore/Responsabile dell'Area di riferimento, in accordo con il RPCT, tra i soggetti aventi adeguata conoscenza rispetto alle attività dell'area e con caratteristiche di integrità.

I Referenti vengono individuati presso le Aree di attività in cui risulta necessario un particolare supporto all'attività del RPCT (es. un Referente per Area Tecnica e uno per le UU.OO. dell'Area Amministrativa). In tutti gli altri casi il RPCT mantiene i rapporti direttamente con il Dirigente. I Referenti fanno necessariamente parte della Rete aziendale a supporto del RPCT.

I Referenti collaborano con il RPCT e il Dirigente della Struttura cui afferiscono, ma operano in autonomia rispetto a quest'ultimo per la funzione loro assegnata.



I Referenti svolgono attività di supporto all'implementazione delle singole misure di prevenzione previste nel PTPCT, informando il RPCT e il Dirigente di eventuali inosservanze rilevate di cui sono comunque venuti a conoscenza nell'area di attività di afferenza; informano il RPCT direttamente se l'inosservanza è dipesa dallo stesso Dirigente.

I Referenti sono anche investiti della parte relativa agli obblighi di trasparenza relativi alle attività di afferenza e devono attivarsi, in stretta collaborazione con il Dirigente, per i propri specifici adempimenti.

Per le Aree interessate i Referenti nell'attività di prevenzione e controllo avverso i fenomeni di antiriciclaggio e contro il finanziamento del terrorismo, di cui agli obblighi della d.lgs. n. 90/2017 e della regolamentazione interna, supportano il "Gestore", individuato dall'Azienda, ai sensi della predetta normativa.

Nell'ottica di un sistema di monitoraggio e controlli a rete con il RPCT, tutti i Referenti svolgono un'attività di monitoraggio per l'adozione delle misure di contenimento del rischio proposte e approvate con il PTPCT (Allegato 1), nonché in merito alla loro effettiva efficacia sul rischio emerso; informano inoltre il RPCT di eventuali criticità riscontrate nell'attuazione delle misure individuate, al fine di poter proporre alla Direzione possibili interventi correttivi e misure ulteriori da attuare. I Referenti collaborano con il RPCT e l'Organismo di supporto nella predisposizione della proposta di PTPCT aziendale, nel monitoraggio delle misure e nel riesame del sistema attuato.

- **Responsabili Sanitari di Dipartimento (RSD)** (Allegato 2) che presidiano, per quanto di competenza, i fenomeni di *maladministration* riferiti al contesto delle attività sanitarie in collaborazione con i Direttori di Struttura e i Referenti assegnati ai rispettivi Dipartimenti. Insieme ai Referenti costituiscono la rete di prevenzione dei fenomeni di corruzione intesa quale *mala-gestio* e svolgono attività di monitoraggio, di verifica dell'attuazione e dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT riferite ai processi sanitari e di promozione della trasparenza. Nell'ottica di un sistema di controlli interni, informano il RPCT, il proprio Dirigente e il Referente di eventuali criticità emerse, al fine di proporre alla Direzione possibili interventi e misure di natura preventiva.
- **Operatori dell'Azienda** che partecipano al processo di gestione del rischio; osservano le misure contenute nel presente PTPCT e nel Codice di comportamento e in tutti i documenti integrativi; segnalano i casi di illecito e di conflitto di interessi rilevati, proponendo anche possibili soluzioni di miglioramento.



- **Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda** che osservano le misure contenute nel presente PTPCT, nel Codice di comportamento e in tutti i documenti integrativi, segnalando le situazioni di illecito rilevate o proponendo possibili azioni di miglioramento.

Il RPCT, l'Organismo di supporto, i Referenti e gli RSD costituiscono la Rete di prevenzione della corruzione e promozione della Trasparenza aziendale (di seguito **Rete**), che supporta la Direzione Aziendale e i Dirigenti nella programmazione, attuazione, monitoraggio, controllo e riesame della politica di prevenzione della corruzione e nella promozione della trasparenza, nonché nella sua relativa implementazione.

#### **10.1 GESTORE DELLE COMUNICAZIONI DI OPERAZIONI SOSPETTE DI ANTIRICICLAGGIO E FINANZIAMENTO DEL TERRORISMO**

L'Azienda con provvedimento del Direttore Generale n. 50 del 22/01/2020 ha rinnovato la nomina del Gestore delle comunicazioni di operazioni sospette di antiriciclaggio e finanziamento del terrorismo, di cui al decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231 e approvato il nuovo Regolamento aziendale «*Contrasto ai fenomeni di riciclaggio dei proventi di attività criminose e finanziamento del terrorismo*».

#### **10.2 RESPONSABILE ANAGRAFE DELLA STAZIONE APPALTANTE**

L'Azienda con provvedimento del Direttore Generale n. 341/2019 ha nominato Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA) il Direttore della UO Patrimonio e gare a competenza aziendale.

Il RASA viene nominato ai sensi della legge n. 241/1990 per l'espletamento del procedimento amministrativo sotteso all'applicazione dell'art. 33-ter della legge n. 22/2012 ed è incaricato della verifica e/o compilazione e aggiornamento almeno annuale delle informazioni e dei dati identificativi della Stazione appaltante con implementazione della BDNCP di ANAC. Tale obbligo sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. n. 38 del d.lgs. n. 50/2016.

#### **10.3 COORDINAMENTO REGIONALE DEI RESPONSABILI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA**

La Regione Toscana ha istituito con [Delibera della Giunta n. 1069 del 02/11/2016](#) un **Gruppo di coordinamento regionale tra i RPCT in ambito sanitario**, per la gestione integrata delle attività di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità di cui alla legge n. 190/2012 e successivi decreti attuativi.

Le funzioni di coordinamento promosse del Gruppo sono le seguenti:

- mappare e gestire i rischi di corruzione nella loro dimensione effettiva, non solo locale e aziendale;





- gestire in modo coordinato le misure trasversali obbligatorie imposte dalla legge;
- coordinare le azioni formative in materia di prevenzione della corruzione;
- gestire in modo integrato la trasparenza del Servizio Sanitario Toscano.

Il Gruppo è coordinato da un dirigente della Direzione regionale sanità, welfare e coesione sociale; opera su tematiche specifiche portate avanti da gruppi di lavoro costituiti dai vari RPCT delle Aziende e Enti del SSR i cui risultati sono condivisi in plenaria.

A tale Gruppo partecipano, insieme alle Aziende, alcuni enti del sistema sanitario toscano: ARS (in particolare l'Osservatorio per la Qualità e l'Equità), ESTAR, il Centro di riferimento regionale criticità relazionali (CRCR) e FORMAS (Centro di formazione regionale), allo scopo di costituire un valido supporto per l'avvio del citato processo di coordinamento.

Il Gruppo è in attesa di riprendere i lavori sotto l'egida del nuovo Assessorato al Diritto alla salute e sanità.

## 11 LE RESPONSABILITÀ

Sono identificabili varie tipologie di responsabilità imputabili ai soggetti che partecipano all'organizzazione aziendale per l'attuazione della politica di prevenzione della corruzione:

1. **La responsabilità del Direttore Generale** relativa alla mancata adozione o applicazione<sup>20</sup> della normativa di riferimento, dei PTCPT all'interno dell'Azienda e all'inadempimento degli obblighi in materia di trasparenza<sup>21</sup>, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale.
2. **La responsabilità del RPCT** relativa alla mancata adozione delle misure per la selezione e la formazione dei dipendenti, nonché alla mancata predisposizione del PTPCT e laddove vi sia condanna di un dipendente per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in

<sup>20</sup> Vedi il d.lgs. n. 171/2016, le nuove sanzioni ai sensi dell'art. 19, comma 5, lett. b) del d.l. 90/2014. Riguardo alle sanzioni applicabili si rinvia anche al «Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'ANAC 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 o dei Codici di comportamento, a cui equivale la mancanza di elementi minimi.

<sup>21</sup> In riferimento ai criteri di valutazione sugli obblighi di trasparenza vedi d.lgs. n. 171 del 2016 art. 2, comma 3 lett. c).



giudicato. La responsabilità del RPCT è prevista a livello dirigenziale, disciplinare e amministrativa, oltre che per il danno erariale e all'immagine, qualora la stessa non provi di avere predisposto il PTPCT (prima che il fatto sia stato commesso) e di averne vigilato il funzionamento e l'osservanza. È esclusa la responsabilità ove l'inadempimento degli obblighi sia dipeso da causa a lei non imputabile.

3. **La responsabilità dei dirigenti** relativa alla violazione del dovere di collaborazione nei confronti del RPCT (art. 8 del DPR n. 62/2013) e all'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, insieme al rifiuto, al differimento e alla limitazione dell'accesso civico, al di fuori delle ipotesi previste dall'art. 5-bis del d.lgs. n. 33 del 2013, costituiscono elementi di valutazione negativa del dirigente ed eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'Azienda; sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla *performance* individuale (artt. 46, comma 1 e 47 d.lgs. n. 33/2013). È esclusa la responsabilità ove l'inadempimento degli obblighi sia dipeso da causa non imputabile al responsabile.
4. **La responsabilità dell'Organismo di supporto, dei Referenti anticorruzione e degli RSD** relativa alla mancata collaborazione con il RPCT nella programmazione, attuazione, monitoraggio dei contenuti del PTPCT, secondo i compiti agli stessi attribuiti con il presente documento.
5. **La responsabilità dei dipendenti** per violazione delle misure di prevenzione contenute nel PTPCT. Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione e promozione della trasparenza, previste nel presente documento e adottate dall'Azienda, devono essere comunque rispettate da tutti i dipendenti e da tutti gli operatori che svolgono attività presso la stessa. La loro violazione potrebbe costituire illecito disciplinare.

## 12 OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RPCT

Il RPCT, al fine di prevenire il rischio di possibili atti di corruzione, può richiedere in qualsiasi momento alle Strutture aziendali informazioni e dati relativi a determinati provvedimenti o attività. Le Strutture forniscono la propria collaborazione al RPCT<sup>22</sup>.

Con riferimento agli obblighi di informazione si precisa che:

1. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari informa il RPCT dei procedimenti disciplinari attinenti l'ambito della corruzione, al fine di valutare la necessità di implementare idonee misure di

---

22 Artt. 1 e 2 Codice di comportamento aziendale.



prevenzione nel PTPCT; fornisce dati e informazioni circa la situazione di tali procedimenti disciplinari per la redazione della relazione annuale del RPCT;

2. il personale che riceve segnalazioni da soggetti interni o esterni inerenti la materia della corruzione o l'illegalità che riguarda l'Azienda è tenuto a informare il RPCT (come da specifico regolamento aziendale);
3. i dirigenti responsabili di SOD/UO sono tenuti a segnalare tempestivamente qualsiasi anomalia che configuri una mancata attuazione del PTPCT, adottando le azioni necessarie per eliminarle oppure, nel caso in cui non rientrino nella propria competenza dirigenziale, proponendo al RPCT le azioni necessarie;
4. i Referenti relazionano al RPCT entro il termine del 31 dicembre sulle attività di monitoraggio realizzate, sull'effettiva attuazione o sullo stato di implementazione delle misure atte a prevenire il rischio di corruzione, indicando anche le eventuali nuove misure necessarie a incrementare l'azione preventiva da programmare nel nuovo PTPCT.
5. gli operatori dell'Azienda e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda (contratti atipici, fornitori, associazioni, informatori, etc.) segnalano al RPCT i casi di illecito e di conflitto di interessi rilevati, proponendo anche possibili soluzioni di miglioramento.

### **13 PROCESSO DI INDIVIDUAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE**

Il presente PTPCT vuole considerare progressivamente tutte le Aree di attività aziendali ai fini della mappatura del rischio di corruzione/mala-amministrazione, nonché le azioni e gli strumenti necessari per prevenire i rischi di livello alto, stabilendo priorità di trattamento<sup>23</sup>.

Il PTPCT evidenzia, inoltre, il possibile rischio residuo nelle attività analizzate a seguito della misura individuata, programma un sistema di monitoraggio delle misure proposte e un sistema di controllo e di esame della relativa efficacia delle misure attuate.

Nel processo aziendale di gestione del rischio vengono coinvolti tutti i dirigenti responsabili delle Strutture, la Rete, le posizioni organizzative e tutti i dipendenti che a vario titolo sono interessati ai processi oggetto di analisi.

Il **processo di gestione del rischio** è un processo circolare che comprende:

1. la mappatura e l'analisi dei processi di ogni Area aziendale considerata;

<sup>23</sup> Vedi Allegato 1 al PNA 2019 (delibera ANAC n. 1064/2019) per le indicazioni metodologiche.



2. l'individuazione delle criticità e delle attività a rischio (mala-amministrazione);
3. la valutazione e ponderazione del rischio emerso per ogni processo;
4. la definizione delle misure per la sua prevenzione, valutando quelle già in essere e quelle nuove da adottare;
5. la valutazione del rischio residuo a seguito dell'attuazione delle misure proposte;
6. l'attività di monitoraggio, controllo e valutazione delle misure adottate, che ha lo scopo di verificarne l'attuazione, la successiva efficacia e la necessaria implementazione.
7. il riesame del sistema adottato.

Nell'eventualità che il rischio residuo individuato non raggiunga una considerevole riduzione del rischio corruttivo (rischio medio/basso) lo stesso processo sarà sottoposto a un'analisi di approfondimento nell'anno seguente per valutare le ulteriori misure da programmare.

Le Aree di rischio individuate dalla legge, dall'aggiornamento 2015 del PNA e dal nuovo PNA 2019 sono distinte in aree generali e aree specifiche come sotto riportato.

**a. Aree di rischio generali previste dalla legge 190/2012, art. 1, comma 16:**

- Autorizzazione o concessione;
- Acquisti di beni, servizi e lavori;
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.

**b. Aree di rischio generali (da aggiornamento PNA 2015):**

Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;

- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Incarichi e nomine;
- Affari legali e contenzioso.



**c. Aree di rischio specifiche per il settore sanitario (da aggiornamento PNA 2015):**

- Attività libero professionale e liste di attesa;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie (utilizzo dei farmaci, ricerca, sperimentazione, sponsorizzazione);
- Attività conseguenti al decesso intra-ospedaliero.

**d. Aree di rischio ulteriori individuate dall'Azienda:**

- gestione dei conflitti di interessi;
- gestione rifiuti;
- gestione consenso informato;
- partecipazione dei professionisti ad associazioni di pazienti e società scientifiche
- accesso degli informatori medico scientifici e *specialist* di prodotto.

### 13.1 LA MAPPATURA DEI PROCESSI AZIENDALI

L'Azienda ha prodotto, negli ultimi anni, mappature di processi di numerose Aree di attività (Area tecnico-amministrativa e Staff della Direzione aziendale; Area amministrativa; Area sanitaria seguendo il repertorio per l'accreditamento, Dipartimento delle professioni sanitarie - DPS), di cui (sebbene le più recenti (2018-2019) rispondano alle indicazioni metodologiche dettate dal PNA 2019 nell'Allegato 1), occorrerebbe tuttavia una complessiva verifica di aggiornamento, giustificata dal mutamento nel tempo dello strumento di analisi, dalle recenti modifiche di organizzazione aziendale, nonché dagli adeguamenti della stessa organizzazione al contesto di gestione dell'emergenza sanitaria.

Dal lavoro svolto fin qui, comunque, l'Azienda rileva in particolare due esigenze generali, comuni a tutti gli ambiti di attività:

1. l'indispensabile correlazione tra la prevenzione del rischio e il miglioramento organizzativo dei processi oggetto di analisi;
2. la necessità di implementare l'informatizzazione e la dematerializzazione dei processi aziendali – compatibilmente con le risorse economiche - che sta già portando, in maniera incrementale, a una revisione dei percorsi, sia tecnico-amministrativi, sia sanitari favorendone la tracciabilità, la verificabilità e l'efficienza.

Gli esiti dell'attività di mappatura sono stati pubblicati sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente" quali Allegati al PTPCT dell'anno di interesse.

Nel 2020 l'attività di mappatura di nuovi processi per completare il quadro aziendale si è arrestata, infatti il RPCT, la Direzione aziendale e il Gruppo strategico hanno provveduto a riposizionare gli obiettivi stabiliti inizialmente dal PTPCT, a causa della gestione in ospedale dell'emergenza sanitaria. Nonostante ciò l'Azienda ha perseguito e raggiunto, nella sua prima parte di compimento, l'obiettivo principale ai fini della sistematizzazione dei processi, di prima impostazione di uno Schema generale dei processi aziendali per dare una nuova veste alla loro rappresentazione. Tale lavoro ha visto un contestuale impegno del Gruppo operativo e delle Strutture aziendali; mentre quest'ultime hanno ciascuna prodotto un documento ricognitivo dei processi di propria competenza, il Gruppo operativo prendeva in carico tali atti per ricondurli a sistema nell'elaborato Schema generale. Ovviamente il completo raggiungimento dell'obiettivo finale richiederà di continuare l'analisi dei documenti durante tutto il 2021, ma nella prosecuzione del compito, il Gruppo operativo agirà, dal momento che ha già presentato la sua impostazione del lavoro al Gruppo strategico, secondo le correzioni e le indicazioni che da esso saranno prossimamente dettate.

Lo Schema generale, una volta ultimato e approvato dalla Direzione aziendale, sarà il punto di ripartenza per programmare nuove mappature di maggiore approfondimento di alcuni più specifici processi aziendali e indirizzare così l'Azienda verso il completamento delle mappature di processo entro il triennio di vigenza del presente PTPCT; l'Azienda del resto giudica insostenibile una riduzione di tale tempistica tenuto conto del contesto esterno di emergenza coronavirus.

### 13.1.1 STRUMENTO DI ANALISI

#### a) **Organizzazione e obiettivo della mappatura dei processi e dell'analisi dei rischi di mala-amministrazione**

La scheda di analisi attualmente in uso all'Azienda per la mappatura delle aree di rischio (vedi Allegato 3) è evoluta nel tempo per consentire l'analisi dei processi oggetto di valutazione in modo auto-indotto, cioè attraverso una discussione portata avanti da gruppi multidisciplinari di professionisti che gestiscono o fruiscono del processo stesso.

L'analisi presenta le seguenti caratteristiche:

1. il rischio/i rischi sono indicati come **trasversali al processo**;
2. per ciascuna fase del processo vengono ricercati le **modalità** e i **fattori abilitanti** che permettono il realizzarsi del rischio.
3. per ciascun rischio, infine, si quantifica il suo peso (ossia il **valore del rischio** attraverso la **formula Probabilità x Danno x Rilevabilità**) e **si ipotizzano una oppure più azioni di miglioramento per trattare il rischio stesso**.

Gli strumenti a disposizione del gruppo multidisciplinare sono:

1. scheda di analisi di processo;
2. scheda FMECA, *flow chart*.

La scheda è costruita appositamente dall'Azienda e abbraccia la tecnica FMECA (*Failure Mode Effect and Criticality Analysis*), utilizzata in molti ambiti di gestione del rischio.

Il vantaggio di questo approccio consiste nel ridurre i rischi da analizzare grazie a una prima selezione, ottenuta per mezzo del confronto e della discussione tra gli attori del processo. Inoltre, i rischi vengono catalogati in rischi corruttivi e in rischi organizzativi.

La scheda pesa il rischio emerso e dà una successiva ipotetica valutazione della possibile riduzione del rischio (rischio residuo), dando seguito all'applicazione delle misure concordate in sede di lavoro di gruppo.

I rischi organizzativi eventualmente emersi da questa analisi sono trasmessi, in accordo con la Direzione Aziendale, alle Strutture interessate, affinché siano presi in carico e gestiti per un miglioramento organizzativo.

#### b) **Filosofia:**

1. coinvolgimento di varie figure professionali;

2. disegno del processo attuale e non ideale;
3. raccolta di tutte le criticità senza pregiudizio;
4. confronto tra gli attori esperti del processo;
5. oggettivazione dell'analisi con raccolta di un *set* di informazioni di base;
6. quantificazione numerica del livello di rischio.

**c) Fasi di analisi:**

1. individuazione del processo, *input* e *output*, risorse, vincoli, Responsabile/altri attori;
2. scomposizione del processo in fasi e attività;
3. descrizione delle attività e delle risorse che vi partecipano;
4. raccolta delle criticità nelle varie fasi del processo (sia organizzative che di mala amministrazione) in ottica di RBT (*Risk Based Thinking*);
5. descrizione delle criticità;
6. pesatura delle criticità a rischio corruttivo in termini di PDR (Probabilità – Danno – Rilevabilità) con analisi FMECA;
7. individuazione delle misure di contenimento del rischio già presenti;
8. proposta delle misure di miglioramento nuove;
9. pesatura del rischio residuo.

**d) Metodologia**

Il reclutamento dei partecipanti avviene con il seguente iter: il RPCT informa i Direttori del Dipartimento/Area di volta in volta protagonista dell'analisi di processo.

I Direttori indicano i nomi dei professionisti che ritengono opportuno coinvolgere.

I partecipanti vengono convocati a una serie di incontri della durata di due ore circa, durante i quali - con l'ausilio di una conversazione guidata da parte del coordinatore del gruppo (RPCT o componente del Gruppo operativo) sono invitati a descrivere le loro attività quotidiane e i relativi aspetti sia positivi sia critici, a valutare le misure di contenimento del rischio presenti, nonché a proporre le eventuali azioni di miglioramento già individuate, o che possano emergere in sede di riunione. Le osservazioni, vengono riportate nella scheda.



All'inizio di ogni incontro l'elaborazione effettuata viene condivisa con i professionisti, al fine di trovare massimo accordo sulla rappresentazione data al processo. Il prodotto finale viene da ultimo condiviso dal gruppo multidisciplinare con il Direttore di Dipartimento/Area interessati per la presentazione delle misure di contenimento del rischio/i corruttivo/i individuato/i affinché si provveda alla programmazione delle realizzazioni delle misure scelte nel PTPCT, quali obiettivi da raggiungere per anticorruzione e trasparenza.

#### **e) Restituzione dei risultati**

Il gruppo multidisciplinare al termine del lavoro restituisce la scheda al RPCT che tradurrà le misure in obiettivi di miglioramento e, di conseguenza, in obiettivi di valutazione (organizzativa e individuale) che sono oggetto di negoziazione tra la Direzione Aziendale e le Strutture aziendali.

#### **13.1.2 LA MAPPATURA DEI PROCESSI SANITARI**

La mappatura dei processi sanitari viene progressivamente portata avanti attraverso il lavoro integrato tra l'AQRM, il DPS e la DO, con la finalità di rappresentarne gli esiti, differenziando in ragione della loro diversa natura i rischi corruttivi, organizzativi e di sicurezza rilevati.

L'AQRM, il DPS e la DO hanno attivamente collaborato dal 2014 con il RPCT in tutte le attività formative sulla prevenzione dei fenomeni corruttivi e di mappatura dei processi aziendali, allo scopo di condividere in Azienda conoscenze e competenze sulla cui base agire congiuntamente nelle analisi di processo, secondo la diversa ottica di anticorruzione, trasparenza, accreditamento e sicurezza.

All'AQRM in particolare è stato assegnato il ruolo di promozione e coordinamento delle attività di mappatura dei processi sanitari, dovendo allineare la metodologia e gli strumenti adottati nei percorsi formativi aziendali sull'anticorruzione e per la trasparenza, con quelli stabiliti all'interno del Piano qualità e sicurezza.

L'analisi dei processi sanitari è, pertanto, indirizzata dalle tre strutture indicate sopra al fine di coordinare l'accreditamento e l'analisi organizzativa di questi processi con l'attività di prevenzione degli eventuali rischi corruttivi.

Di fatto tali Strutture coinvolgeranno il RPCT per le valutazioni di competenza laddove, in corso di analisi, risulti necessario individuare i rischi corruttivi/*mala-administration* o promuovere azioni di trasparenza e proporre le misure da inserire nel PTPCT.

I rischi organizzativi saranno, invece, presi in carico direttamente da tali Strutture e gestiti secondo le funzioni aziendali di riferimento con il supporto dell'AQRM.

### **14 ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI**

Le analisi/mappature dei processi sono pubblicate in Allegato 3 al PTPCT; le misure programmate, quali obiettivi, si rilevano in Allegato 1. La mappatura e le misure di contenimento dei rischi corruttivi sono condivise con le Strutture coinvolte nell'attuazione delle misure, allo scopo di valutarne la fattibilità e la

sostenibilità rispetto al contesto interno (valutazione costi/benefici) e la programmazione annuale nel PTPCT.

Le misure di prevenzione dei rischi corruttivi contenute nel PTPCT sono concordate con le Strutture aziendali, previo parere della Direzione Aziendale, e diventano obiettivi di valutazione di *performance* organizzativa e individuale nel triennio di vigenza del PTPCT, ossia in quanto coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale. La valutazione della loro fattibilità negli anni di riferimento, potrebbe però cambiare a fronte di mutamenti organizzativi o del contesto esterno.

Le misure proposte dal gruppo multidisciplinare per affrontare invece problemi di natura organizzativa saranno rimesse al Dipartimento/Area/SOD/UO di riferimento, che potrà dare attuazione a un piano di miglioramento organizzativo anche con il supporto dell'AQRM.

#### 14.1 MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il sistema di monitoraggio prevede **indicatori di monitoraggio**<sup>24</sup>, sia per l'attuazione delle misure sia per l'attuazione e l'efficacia del PTPCT nel suo complesso. Il **piano di monitoraggio annuale** è responsabilità del RPCT che segue l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT da parte delle Strutture in cui si articola l'Azienda, coordinandosi in particolare con gli altri organismi di monitoraggio della *performance* organizzativa e individuale.

Il RPCT nella costruzione del sistema di controllo e monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione da adottare e dei relativi indicatori può certamente ricevere supporto dalla Rete e dalla UO Controlli interni e integrati.

L'Azienda ha un sistema di monitoraggio articolato su più livelli:

- il **primo livello** è in capo alla Struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure (autovalutazione). Tale verifica, dunque, è svolta in autovalutazione dai Direttori e dai Referenti che hanno la responsabilità di attuare le misure soggette a monitoraggio. Tutti i dirigenti hanno una responsabilità primaria nell'assicurare il monitoraggio continuo sull'effettiva attuazione delle misure previste dal PTPCT e sulla loro idoneità; e sono chiamati a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura. Ovviamente possono servirsi dei propri Referenti e degli RSD nello svolgimento del compito;
- il **secondo livello** compete al RPCT coadiuvata dalla Rete dei referenti, per l'area di competenza (Allegato 2);

<sup>24</sup> Gli indicatori di monitoraggio rappresentano i valori attesi per tipologia di misura (es. numero di controlli effettuati, verifica dell'adozione di un regolamento, numero di partecipanti a un determinato corso di formazione). La verifica, effettuata in base agli indicatori, consente interventi tempestivi sulle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure, mediante correttivi o misure integrative.

- il **terzo livello**, di competenza della U.O. Controlli Interni Integrati, che svolge una funzione di verifica indipendente, su incarico della Direzione, con la finalità di rafforzare il sistema di controllo interno, quale strumento idoneo a fornire una ragionevole sicurezza sul conseguimento degli obiettivi di efficacia ed efficienza delle attività operative, e supportare tutti i componenti dell'organizzazione nel corretto adempimento delle loro responsabilità e nella corretta gestione dei rischi.

Il controllo dell'attuazione degli obiettivi annuali del PTPCT prevede un monitoraggio semestrale e una rendicontazione finale; quest'ultima è pubblicata sul sito aziendale con la relazione annuale del RPCT e il nuovo PTPCT nei primi mesi dell'anno successivo.

Il RPCT, in particolare, monitora attraverso i Referenti il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza assegnati ai Direttori (Allegato 1).

I Referenti inviano al RPCT una relazione di fine anno rispetto al livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati all'Area/Struttura di riferimento, spiegandone eventuali scostamenti. I Referenti inoltre possono essere coinvolti dal RPCT nel monitoraggio degli obiettivi afferenti a un'altra Area/SOD/UO, qualora essa risulti indicata quale supporto rispetto al raggiungimento dello stesso obiettivo dell'Area di riferimento.

La valutazione sull'effettività dell'attuazione della misura compete al RPCT, che viene coadiuvata dalla Rete a cui è attribuita una specifica attività di supporto al RPCT.

La valutazione dell'efficacia della misura è rimessa invece, dopo un periodo concordato dall'attuazione della misura programmata, alla Struttura aziendale di riferimento insieme agli organismi di controllo interno deputati, ciascuno per la parte di competenza. Sul controllo e sulla valutazione dell'impatto delle misure di prevenzione della corruzione adottate, le Strutture per valutare se la misura inserita è risultata congrua alla riduzione del rischio, potranno essere coadiuvate dalla Rete.

I risultati del monitoraggio sugli obiettivi sono condivisi con l'OIV e con la Direzione Aziendale al fine di valutare le azioni conseguenti, in quanto essi costituiscono il presupposto della definizione del successivo PTPCT.

Gli obiettivi non raggiunti saranno comunicati alla Direzione, all'OIV e alla strutture di monitoraggio della *performance* organizzativa e individuale, se considerate anche obiettivi di valutazione, e potranno essere riprogrammati nell'anno successivo, se giudicato opportuno.

## **15 RIESAME PERIODICO DELLA FUNZIONALITÀ COMPLESSIVA DEL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO**

Il riesame periodico della funzionalità del Sistema di gestione del rischio è un momento di confronto e dialogo da cui emerge l'analisi logica, sequenziale e ciclica del processo di gestione del rischio che accresce la conoscenza dell'Azienda, consentendo di alimentare il miglioramento progressivo e continuo dei processi decisionali, alla luce di un costante aggiornamento del flusso delle informazioni disponibili. In tal

senso, il riesame del Sistema riguarda tutte le fasi del **processo di gestione del rischio**, viene effettuato a intervalli programmati, ed è coordinato da organismi che svolgono in Azienda attività di controllo trasversale.

Il riesame riguarda il funzionamento del Sistema nella sua interezza e guarda verso un modello di gestione del rischio corruttivo diffuso nell'organizzazione (**c.d. modello di prevenzione a rete**).

Tale modello richiede la partecipazione attiva dei dipendenti al processo di gestione del rischio e all'attuazione delle misure di prevenzione programmate nel PTPCT, al fine di individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio.

Il riesame rispecchia, per concludere, una buona prassi che induce a non introdurre nuovi controlli, ma a razionalizzare e mettere a sistema quelli esistenti, migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi prefissati, sensibilizzando le persone alla partecipazione e al loro raggiungimento attraverso la consultazione e la comunicazione.

Il riesame, insieme al monitoraggio delle misure di mitigazione del rischio, rappresenta un tassello fondamentale per assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione.

## 16 CONTROLLI INTERNI

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

Nell'Azienda sono presenti i meccanismi di controllo interno previsti dalla normativa vigente:

- il controllo di regolarità amministrativa e contabile garantito dal Collegio Sindacale;
- il controllo sulle incompatibilità, il cumulo di impieghi e il conflitti di interessi dei dipendenti svolto dal Servizio Ispettivo Aziendale (SIA);
- il controllo sul rispetto del Codice di comportamento, attuato tramite i direttori/responsabili delle strutture di allocazione dei dipendenti, che, nel caso di comportamenti punibili con sanzioni superiori alla censura, inoltrano la segnalazione all'UPD;
- il controllo strategico garantito dall'OIV sulle performance e sugli obblighi di trasparenza;
- il controllo di gestione governato dalla UOc Controllo Direzionale;
- il controllo sulla salute e sicurezza dei luoghi di lavoro seguito dal Medico competente e dal Servizio di prevenzione e protezione;
- il controllo di qualità e sul rischio clinico gestito dalla UO AQRM.

L'Azienda ha inoltre implementato altre forme di controllo a supporto delle specifiche responsabilità dei dirigenti:

- il controllo delle ipotesi di conflitto di interessi sia per il personale dipendente che per il personale universitario in afferenza assistenziale portato avanti dalla COVACI;

- il controllo sull'attività di informazione medico scientifica e *specialist* di prodotto gestito dalla UOc Farmaceutica Ospedaliera e Politiche del Farmaco e UOc Igiene e organizzazione ospedaliera;
- il controllo sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione seguito dal RPCT e con l'Organismo di supporto e la Rete anticorruzione (Allegato 2).

L'Azienda ha realizzato un collegamento tra il RPCT e gli organi di controllo interno, in particolare con:

- il **Collegio Sindacale** che, 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 per problematiche inerenti fenomeni di corruzione o di *maladministration*.
- L'**Organismo Indipendente di Valutazione** (OIV) che valuta i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione, la trasparenza e dà parere sull'adozione del Codice di comportamento. L'OIV monitora insieme al RPCT l'eventuale mancato raggiungimento degli obiettivi organizzativi e individuali, inerenti la politica di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale da parte dei dipendenti inseriti nel PTPCT, ai fini della valutazione delle *performance*.
- L'**Ufficio Procedimenti Disciplinari** (UPD) che ha concorso all'aggiornamento del Codice di comportamento e ha preso in carico le segnalazioni del RPCT per la parte di competenza.

Dal 2016, con l'istituzione della Commissione per la valutazione dei conflitti di interesse (COVACI), l'Azienda d'intesa con UNIFI ha strutturato un controllo sulle attività dei professionisti che possono generare conflitti di interessi con le attività istituzionali. In sinergia con la COVACI, pur se per aspetti tecnicamente diversi, opera il SIA che potrà attivarsi anche su segnalazione della stessa COVACI o del RPCT.

Per quanto concerne il controllo sulle incompatibilità ed inconferibilità rispetto agli incarichi di Direttore Amministrativo e di Direttore Sanitario, il controllo sulle rispettive autocertificazioni viene effettuato dal SIA su richiesta e a supporto del RPCT, come previsto dal Regolamento aziendale (D/903/153).

Il RPCT effettua inoltre un periodico monitoraggio rispetto al livello di pubblicazione dei dati sul sito "Amministrazione Trasparente" (*ex* d.lgs n.33/2013) anche ai fini dell'attestazione dell'OIV sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Il controllo sulle ipotesi di riciclaggio e finanziamento del terrorismo viene svolto dal Gestore in collaborazione con la UOc Contabilità Generale e Finanza e con le Strutture aziendali operanti come Gestori di fabbisogno.

Con la finalità di transitare verso una logica di gestione della qualità per processi, è stata attivata la UO Controlli interni integrati (prov. DG n. 96/2018) che supporta, in diretta afferenza alla Direzione Aziendale, lo sviluppo del complessivo sistema di controllo interno quale parte della più ampia area di governo dell'Azienda, finalizzato a fornire una ragionevole sicurezza sul conseguimento degli obiettivi di:

- assicurare l'affidabilità delle informazioni;

- assicurare l'osservanza delle leggi e dei regolamenti;
- garantire la salvaguardia del patrimonio aziendale;
- aumentare l'efficacia e l'efficienza delle operazioni aziendali.

La UO Controlli interni integrati è incaricata, sulla base della pianificazione individuata dalla Direzione Aziendale annualmente o in maniera specifica, di:

- svolgere una verifica indipendente dell'adeguatezza del sistema di controllo interno aziendale, effettuando un controllo di terzo livello.
- fornire un supporto al vertice aziendale per un costante miglioramento di efficacia ed efficienza di gestione, e a tutti i componenti dell'organizzazione per un corretto adempimento alle loro responsabilità (ruolo consultivo/propositivo, rivolto a favorire l'individuazione di opportunità di miglioramento, in coerenza con gli obiettivi istituzionali);
- assistere la Direzione nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative;
- verificare la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite;
- identificare e valutare le aree operative maggiormente esposte a rischi e implementare le misure idonee per ridurli, adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurne l'impatto.
- verificare la funzionalità del sistema di controllo interno al fine di: migliorare l'efficacia/efficienza dell'attività di controllo, razionalizzandola in funzione dei rischi, individuare i punti di debolezza dei processi aziendali, ridurre gli impatti economici dei rischi e validare modelli interni;
- effettuare la valutazione delle metodologie e dei procedimenti;
- verificare le attività di controllo effettivamente svolte e le metodologie concretamente adottate;
- valutare l'affidabilità e attendibilità delle risultanze della gestione e della loro misurazione che emergono dai rapporti dei servizi di controllo interno.

Il riesame della funzionalità del Sistema di gestione del rischio, compreso quello relativo alla corruzione, è ascrivibile a un controllo di terzo livello secondo la programmazione stabilita dalla Direzione aziendale.

## **17 GESTIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSI**

Le disposizioni introdotte dalla legge n. 190 del 2012 in materia di svolgimento da parte dei dipendenti pubblici di attività interne ed esterne (anche non retribuite) sono volte a rendere più severe le valutazioni da parte delle amministrazioni pubbliche, al fine di appurare l'insussistenza di un conflitto di interessi (anche solo potenziale) tra lo svolgimento delle attività lavorative e quello delle attività svolte all'esterno dell'Azienda.

Il provvedimento del DG n. 149 del 16/03/2016 ha approvato il Protocollo d'Intesa stipulato tra Azienda e UNIFI riguardante le procedure per la valutazione dei possibili conflitti di interessi, relativi alle attività extra-impiego dei docenti e ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale presso l'Azienda e



insieme a UNIFI ha costituito una Commissione aziendale a composizione mista per la valutazione dei conflitti di interessi (di seguito COVACI).

La COVACI è un organismo che ha il compito di fornire un supporto tecnico-giuridico alla Direzione Aziendale e ai Direttori/Responsabili delle Strutture aziendali (perlopiù sanitari) nell'assunzione delle decisioni a loro devolute in materia di verifica delle incompatibilità e dei profili di conflitto di interessi.

Il conflitto di interessi, nelle sue varie accezioni (attuale, potenziale, apparente, diretto o indiretto - vedi [\(Codice di comportamento aziendale\)](#) è una situazione che deriva da una relazione intercorrente tra un dipendente pubblico e altri soggetti e che può generare il rischio del prevalere di un interesse privato (finanziario o non) sull'interesse pubblico.

Per lo svolgimento delle proprie attività la COVACI si avvale di una segreteria e di un sistema informatizzato a rete che consente di recuperare le informazioni necessarie inserite sia dall'Azienda sia da UNIFI.

I dati di attività della COVACI relativi al 2020, come per gli anni precedenti, sono partecipati ai vertici delle istituzioni interessate e agli organismi interni di monitoraggio, insieme a una più dettagliata visione delle attività per singolo professionista coinvolto per le valutazioni di competenza; sono inoltre riportati, in versione sintetica e aggregata, in Allegato 5 al PTPCT.

Alla COVACI è affiancata l'attività del Servizio Ispettivo Aziendale (SIA) con il compito in particolare di verificare le incompatibilità, i cumuli d'impiego dei dipendenti, nonché l'inconferibilità e l'incompatibilità della Direzione Aziendale.

Il SIA collabora con il suo corrispettivo di UNIFI per quanto riguarda il personale universitario in afferenza assistenziale.

L'Azienda si è dotata di un modulo informatizzato che consente di acquisire direttamente via *web* le Dichiarazioni di interesse dei dipendenti; questi dati integrano quelli in possesso della COVACI ai fini delle specifiche valutazioni di pertinenza.

La COVACI inoltre condivide con ESTAR (Centrale di committenza regionale) un percorso di valutazione dei conflitti di interessi dei professionisti aziendali inviati alle procedure di gara.

Il funzionamento della COVACI per il triennio 2021-2023 necessita del rinnovo del Protocollo d'intesa menzionato scaduto il 28/02/2021.

## **18 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI (C.D. WHISTLEBLOWER)**

L'Azienda ha predisposto un [sistema di segnalazione e risposta criptata via web](#) per ricevere le segnalazioni di illeciti garantendo l'anonimato del segnalante. La segnalazione arriva solo e direttamente al RPCT che la gestisce ai sensi di legge e del regolamento interno.

Tale sistema di segnalazione è pienamente operativo dal 2015 ed è stato esteso agli utenti esterni approntando le medesime garanzie.

Tra gli obiettivi del PTPCT (2021-2023) rientra l'adozione di un sistema più sofisticato di quello attualmente in uso che, perfezioni 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, strutturando una procedura operativa che sia in linea con la recente normativa adottata sul tema e le ultime Linee guida di ANAC. E' inoltre necessario prevedere una modalità di conservazione, sempre criptata, delle segnalazioni pervenute. L'attività è in valutazione alla Unità Operativa Informatizzazione dei processi sanitari che aggiornerà il RPCT

## **19 CONTROLLO SULLE DICHIARAZIONI DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013**

La delibera n. 149 del 22/12/2014 di ANAC “*Interpretazione e applicazione del D.lgs. 39/2013 nel settore sanitario*”, vista la sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014, definisce l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità<sup>25</sup> e incompatibilità<sup>26</sup> nel settore sanitario, limitandolo ai soli incarichi di vertice e dunque di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario.

Il RPCT è tenuta a effettuare le verifiche in tema di inconferibilità e incompatibilità (d.lgs. n. 39 del 2013, art. 15, comma 1), nei confronti del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, in quanto incarichi conferiti dall'Azienda. Il RPCT vi provvede attraverso il Servizio Ispettivo Aziendale (SIA), in particolare con riferimento agli artt. 3, 5 e 8 (inconferibilità) e dal 10-14 (incompatibilità) del d.lgs. n. 39/2013. Di ogni verifica effettuata è redatto specifico verbale.

A seguito di inconferibilità il RPCT attiva la procedura di contestazione (comunicazione dell'avvio del procedimento) nei confronti dell'interessato e richiede alla Direzione Aziendale che venga dichiarata ai sensi di legge la nullità dell'atto di nomina, che sarà acclarata con lo stesso atto con cui tale nomina è stata conferita.

Nei confronti dell'organo che ha conferito l'incarico il RPCT può richiedere alla Direzione Aziendale l'applicazione della sanzione inibitoria della sospensione del potere di nomina degli incarichi di

---

<sup>25</sup> L'inconferibilità è la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (d.lgs. n. 39 del 2013, art. 1, comma 2, lett. g). La dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconferibilità costituisce condizione di efficacia dell'incarico.

<sup>26</sup> L'incompatibilità è la situazione da cui consegue l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico (d.lgs. n. 39 del 2013, art. 1, comma 2, lett. h).





competenza per i successivi tre mesi dalla dichiarazione di nullità dell'atto, ricorrendone i requisiti (d.lgs. n. 39 del 2013, art. 18). In caso di applicazione della sanzione inibitoria della sospensione dal potere di conferire gli incarichi nei confronti del Direttore Generale, la sua sostituzione sarà garantita da chi sarà individuato formalmente dalla Regione come sostituto; nel caso trattasi di funzioni di pertinenza del Direttore Amministrativo o del Direttore Sanitario, saranno svolte dai sostituti formalizzati con atto aziendale.

Gli atti di accertamento e i relativi atti conseguenti nei confronti del Direttore Generale sono esperiti dalla Regione Toscana che gli conferisce l'incarico. Per gli adempimenti di pubblicazione connessi e spettanti all'Azienda presso cui il Direttore Generale svolge il suo incarico, è il SIA che richiede alla Regione le risultanze delle verifiche effettuate, nella sua attività di controllo.

Nel caso di incompatibilità del Direttore Amministrativo o del Direttore Sanitario al RPCT avvia un solo procedimento di contestazione all'interessato: dalla data di conferimento decorrono 15 giorni che impongono, in assenza di una opzione, al RPCT di richiedere alla Direzione Aziendale l'adozione di un atto con il quale viene dichiarata la decadenza dall'incarico, ai sensi di legge.

A fronte del decreto del Presidente della Giunta Regionale Toscana n. 24 del 05 febbraio 2021 *Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi. Nomina del Direttore Generale* che ha confermato alla guida dell'Azienda il dr.

## 20 LA FORMAZIONE

La formazione è un diritto/dovere del dipendente pubblico, deve essere considerata a ogni effetto come attività lavorativa (Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale – Presidenza del Consiglio dei Ministri 2021) e rappresenta, alla luce degli obiettivi generali del PTPCT, lo strumento principe per creare un contesto sfavorevole alla corruzione. L'Azienda investe risorse in formazione e fino dalla prima stesura del PTPCT sono stati negli anni organizzati in Azienda molteplici corsi in materia di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza.

Tanti corsi e progetti (come Illuminiamo la salute a cui ha aderito l'Azienda) hanno trattato e analizzato punti di forza e debolezza del vigente sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza così come definito dalla normativa nazionale e dal modello aziendale, assieme ad una parte più specifica dedicata ad affrontare temi peculiari del settore sanitario.

Prima di illustrare la stesura del Piano Aziendale Formativo (PAF) 2021, si rende necessario sottolineare che, in conseguenza dell'emergenza Covid-19, nel corso del 2020, sono state rimodulate, in applicazione alla DGRT n. 931 del 20.7.2020 "Indirizzi per la formazione ECM anno 2020", le forme di erogazione della formazione continua con la trasformazione, ove possibile, della RES (formazione residenziale) in FAD (formazione a distanza) erogata in modalità sincrona e asincrona. A tale scopo l'Azienda si è dotata di apposita piattaforma per FAD sincrona, restando il Formas (Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria) deputato all'erogazione della FAD asincrona a servizio delle Aziende Sanitarie della Regione Toscana.



Particolare attenzione nell'anno 2020 è stata posta all'erogazione di eventi che avevano, come obiettivo prioritario, la formazione dei professionisti aziendali sulle tematiche riguardanti l'emergenza Covid-19, i percorsi svolti sono stati complessivamente n. 32 con la partecipazione di n. 6343 professionisti. Per l'anno 2020 sono stati riproposti tramite FAD asincrona, gli eventi formativi riguardanti il tema dell'anticorruzione e un evento formativo intitolato "La consapevolezza dei rischi dell'uso del web e dei social da parte del personale del SSR" proposto quale obiettivo sia per PTPCT 2020 sia per la performance individuale del dipendente.

Un'ulteriore revisione, sempre dettata dalla DGR 931/2020, ha riguardato la programmazione del PAF 2020 sugli anni 2020-2021 individuando i progetti formativi effettivamente realizzabili nel corso del 2020 e quelli procrastinabili all'anno 2021.

Nel 2021 a tutti i dipendenti sarà data l'occasione di accedere a un nuovo corso FAD sulla prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza, ancora più aggiornato e costruito in collaborazione tra il FORMAS e tutte le Aziende sanitarie toscane del SSR. Il corso prevede un ciclo base e un ciclo avanzato, a seconda delle attività svolte dai dipendenti in Azienda; fanno parte del ciclo avanzato anche specifici moduli di aggiornamento, pensati dall'Azienda a esclusiva fruizione dei propri dipendenti, aventi a oggetto le seguenti tematiche:

1. Trasparenza e Privacy: accesso agli atti e protezione dei dati personali;
2. Mappatura dei processi/valutazione del rischio/ sistema di gestione del rischio;
3. Prevenzione della corruzione e controlli interni integrati;
4. Gestione del conflitto di interessi.

È convinzione dell'Azienda quella per cui la costruzione della cultura della legalità 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 gli abusi del passato abbiano a ripetersi nel futuro, sia per stimolare la riflessione sui problemi tuttora aperti. L'Azienda ha proposto a UNIFI un progetto per diffondere la formazione sui temi della prevenzione della corruzione e per la trasparenza, etica e integrità nelle scuole di specializzazione – c.d. progetto specializzandi, da strutturare nel triennio.

Nel triennio saranno inoltre organizzate giornate formative a tema, sia sulle novità normative sia su specifiche tematiche di approfondimento, inserite nel Piano di Formazione Aziendale (PAF).

Prosegue inoltre nel 2021 l'esperienza avviata dall'Azienda con l'adesione al Forum per l'integrità in sanità.

La formazione per la prevenzione della corruzione e trasparenza programmata nel triennio 2021-2023 è riportata in Allegato 6.

## **21 CONTRATTI PER ATTIVITÀ FORMATIVA/CONSULENZA SPONSORIZZATA DA SOGGETTI PRIVATI**

In linea con i principi espressi dalla legge n. 190/2012, il d.lgs. n. 33/2013 (che obbliga a rendere trasparenti le attività delle amministrazioni pubbliche, con particolare attenzione ai rapporti con i soggetti privati), il DPR n. 62/2013 (che richiede la gestione dei conflitti di interessi dei pubblici dipendenti), l'Azienda dispone di un *format* di contratto avente a oggetto l'attività formativa e la consulenza sponsorizzata/finanziata da soggetti privati. Tale attività è disciplinata internamente dal "*Regolamento per progetti o attività finanziata da soggetti privati?*" (D/903/188), di cui è previsto un aggiornamento nel corso del 2021 da parte della UO Gestione attività libero professionale e Area a pagamento, finalizzato a scindere in due discipline diverse la formazione sponsorizzata con committenza privata e le sponsorizzazioni passive, volte invece a ottenere finanziamenti privati per la realizzazione di progetti dell'Azienda.

La legittimazione di queste attività che l'Azienda conduce per sviluppare proficui rapporti pubblico-privati trova ragione d'essere nella stessa *mission* aziendale, che indissolubilmente coniuga la risposta ai cittadini alla loro domanda di salute con la ricerca e la didattica, quale essenza per la costruzione e il miglioramento delle competenze in continuo progresso con la veloce evoluzione delle conoscenze cliniche e biomediche a livello nazionale e sovranazionale.

La stipula di questi contratti tra l'Azienda e i soggetti privati comporta lo svolgimento di un'attenta istruttoria che accerti anzitutto l'interesse pubblico alla collaborazione pubblico-privato e l'assenza di conflitto di interessi tra il soggetto privato richiedente, lo Sponsor/finanziatore e i professionisti aziendali coinvolti nell'attività.

A tal fine l'Azienda richiede per tali contratti la sottoscrizione di apposito Patto di integrità/Protocollo di legalità da parte del privato contraente, al professionista aziendale la compilazione di un modulo sul conflitto di interessi e allo Sponsor/Finanziatore/Organizzatore anche un modulo di rendicontazione dell'attività espletata a fine evento, che evidenzia anche eventuali conflitti rilevati; la proposta viene inviata anche alla preventiva valutazione della COVACI.

L'Azienda sottoscrive i contratti di cui sopra senza provvedimento di approvazione del singolo contratto poiché a essere approvato dalla Direzione Aziendale è il *format* di partenza a cui ogni contratto aderisce, salvo gli adattamenti necessari alla specifica negoziazione.

Il Collegio Sindacale riceve dalla UO Gestione attività libero professionale e Area a pagamento un elenco dei contratti stipulati per ogni trimestre, per le verifiche di competenza.

L'Azienda pubblica sul sito *internet* istituzionale un rendiconto annuale dei contratti sottoscritti.

## **22 ROTAZIONE DEL PERSONALE**

L'Azienda ha adottato criteri generali per realizzare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità (compreso il ruolo di responsabile del procedimento) operante nelle Aree a più elevato rischio di corruzione. Tuttavia, le Aree di rischio e i criteri dettati dagli "*Indirizzi aziendali per la Rotazione dei dipendenti operanti in aree a rischio di corruzione?*" (D/903/132) richiedono una verifica del loro



aggiornamento, dati il nuovo contesto e gli orientamenti più recenti sull'applicazione del principio in discussione, specie in ambito sanitario dove risulta di difficile gestione.

L'Azienda ha, comunque, affrontato la questione della rotazione del personale con riferimento alla gestione interna dei sinistri, che è stata tra le prime Aree di attività in cui le pratiche hanno iniziato a essere assegnate al personale della UO Affari Generali sulla base di criteri di rotazione predefiniti, che di fatto consentono al personale di alternarsi nella partecipazione al CGS e nel supporto al Direttore della stessa UO, in fase di trattativa e di definizione delle vertenze.

L'opportunità di procedere alla rotazione del personale assegnato alle varie Strutture aziendali nasce inoltre in considerazione dell'impatto di riorganizzazioni aziendali, aggiornamenti dei processi aziendali e nuove selezioni del personale (esempio quelle delle nuove posizioni organizzative attese per il 2021).

Per quanto riguarda invece il personale medico, di norma, non risulta applicabile l'istituto della rotazione negli incarichi dirigenziali, vista l'alta specialità delle diverse discipline mediche che contraddistinguono la professione.

Fino a oggi dall'Azienda è stata attuata una sola rotazione di incarico dovuta a un'indagine per evento corrottivo.

## **23 PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE: MISURE ULTERIORI**

L'Azienda sviluppa delle misure ulteriori di prevenzione che concernono la sua organizzazione e che hanno la finalità di rendere maggiormente trasparenti ed efficaci alcuni processi aziendali in maniera trasversale. Di seguito vengono indicate tali misure ulteriori.

### **23.1 INFORMATIZZAZIONE E DEMATERIALIZZAZIONE DEI PROCESSI**

È una misura trasversale consistente nell'implementazione di un sistema di supporto informatico alle attività aziendali che consenta la tracciabilità e l'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 oggi risulta possibile anche far rilasciare ai dipendenti le autodichiarazioni che sono periodicamente richieste ai sensi della normativa sui conflitti di interessi.

L'Azienda ha dato seguito alla informatizzazione e dematerializzazione dei processi di investimento perfezionata con la riorganizzazione dell'Area Tecnica e della gestione dei contratti relativi agli investimenti.

L'Azienda ha adottato il Piano Aziendale di Digitalizzazione (prov. DG n. 130 del 26/02/2021) allo scopo di pianificare una serie di interventi mirati di semplificazione e digitalizzazione di alcuni processi, dei quali sono indicati i termini di attivazione, al fine di agevolare la fruizione dei servizi da parte dei cittadini e l'interazione tra le Aziende sanitarie che operano nel SSRT a livello di relazioni e interscambio di dati e documenti. Tale pianificazione, che comprende progetti a beneficio degli utenti (es. erogazione di televisita, accesso agli atti, etc.), ma anche dei dipendenti (es. gestione documentale, corsi di formazione, lavoro agile, etc.), è tuttavia propedeutica all'attribuzione di fondi destinati alla digitalizzazione della pub-

blica amministrazione in fase di definizione a livello nazionale nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

### **23.2 GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA E OTTIMIZZAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE CHIRURGICA E DEI SERVIZI EROGATI**

L'Azienda, in ottemperanza a quanto stabilito con la 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 precise 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 programmati devono essere effettuati stabilendo specifici criteri per l’inserimento dei pazienti in lista secondo **classi di priorità**.

Tale modello ha lo scopo di consentire:

- un più corretto accesso degli utenti e 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;
- una gestione informatizzata del percorso chirurgico, grazie a un sistema *software* avviato nel corso del 2017, che rispetta le norme vigenti e inoltre consente: la mappatura dei percorsi chirurgici esistenti; la mappatura delle esigenze dei professionisti; la condivisione e individuazione del percorso chirurgico *standard* aziendale in un’ottica di trasparenza;
- una migliore informazione all’utente sui momenti degli interventi chirurgici in corso. Previo consenso dell’interessato, i tempi degli interventi sono visualizzati su monitor installati presso la sala di attesa del Trauma Center (14 sale operatorie) e disponibili anche su una app per Android e iOS;
- una migliore gestione delle richieste di informazioni provenienti dall’Autorità giudiziaria;
- la pubblicazione dei relativi dati sul sito “Amministrazione Trasparente”/Sezione Servizi erogati/Tempi medi dei servizi erogati/Liste d’attesa.

### **23.3 ACCOGLIENZA DEGLI UTENTI**

Il tema dell’accoglienza è un tema molto vasto, riguarda tutti i modi e strumenti di interazione col cittadino/utente. Nel prossimo triennio quest’Azienda si concentrerà prevalentemente nell’offrire sempre più servizi digitali all’utente per semplificare a quest’ultimo l’interazione con l’Azienda.

Al riguardo, pertanto, si riporta, estensivamente quanto già stabilito col citato piano di digitalizzazione approvato con Prov. to n. DG n. 130 del 26/02/2021

Interventi di digitalizzazione a beneficio degli utenti già realizzati:

- ✓ Careggi Smart Hospital: una APP specifica sviluppata per digitalizzare i servizi al cittadino e dare la possibilità a tutti di interagire da remoto con il nostro ospedale. Lanciata nel corso del 2014 e evoluta negli anni, è la piattaforma di riferimento per poter avere informazioni sui servizi offerti, contatti, lettura referti on-line e utilizzare il servizio di informazione dei tempi chirurgici. Già operativa e allineata ai requisiti del d.l. n. 76 del 2020.
- ✓ Prelievo Amico: un servizio specifico, già attivo dal 2015, per rendere semplice la prenotazione dei prelievi ematici, attraverso una modalità di prenotazione dello slot di interesse. Dal 28/02 è disponibile anche il login sicuro attraverso SPID e/o CID conforme ai requisiti del d.l. n. 76 del 2020.
- ✓ Erogazione televisita: servizio regionale a cui Careggi ha aderito fin dalla fase 1 dell'emergenza Covid-19 per la gestione (ove possibile) della visita dei pazienti da remoto. Il servizio è già operativo per alcuni settori di interesse ed in progressiva estensione a tutte le specialità potenzialmente idonee.

Tra gli interventi già realizzati per favorire la transizione al digitale è inoltre stato aperto dal 10 febbraio 2021 uno sportello al Centro Servizi del NIC dedicato al riconoscimento "de visu" ai fini del rilascio dello SPID LepidaID in forza di specifica Convenzione sottoscritta tra questa AOUC e Lepida S.c.p.A.

Gli interventi di digitalizzazione a beneficio degli utenti programmati sono:

- ✓ Adesione al portale PagoPA ed integrazione con App IO: in linea con quanto richiesto dal d.l. n. 76 del 2020 l'Azienda ha aderito al programma di pagamento Pago PA e predisporrà la successiva integrazione con il sistema telematico di pagamento denominato App IO. Cronoprogramma: entro il 30/09/2021;
- ✓ Prenotazione e disdetta prestazioni (Cup 2.0): nel corso del 2022 sarà installato anche presso Careggi il CUP unico regionale che permetterà di prenotare vicino alla residenza del cittadino le prestazioni specifiche di interesse in modalità completamente dematerializzata. Saranno sviluppate anche funzioni accessorie, tra cui quella della disdetta on-line della prenotazione, per rendere più semplice la gestione della prenotazione agli utenti. Cronoprogramma: entro il 15/06/2022;
- ✓ Accettazione e pagamento prestazioni: in armonia con la transizione al progetto CUP unico regionale, sarà adottato anche il progetto di accoglienza che prevede l'installazione di totem destinati a informazione per l'utenza e servizi specifici in modo da poter permettere sia l'accettazione dematerializzata che il pagamento delle prestazioni. Cronoprogramma: entro il 31/12/2022;
- ✓ Visualizzazione prestazioni e referti non disponibili su fascicolo sanitario elettronico (Portale utente): è intenzione di questa PA definire e realizzare un portale per il cittadino su cui, attraverso un login sicuro utilizzando la logica SPID e/o CIE, offrire tutti i servizi non già disponibili in maniera dematerializzata. In particolare, per il perimetro dei referti, dovranno essere accessibili tutti quei referti consegnabili per legge al paziente senza necessità di un consulto medico e non già presenti su FSE. Cronoprogramma: entro il 15/06/2022;
- ✓ Rilascio consenso informato: funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino. Cronoprogramma: entro il 15/06/2022;

- ✓ Richiesta cartelle cliniche: funzionalità aggiuntiva nel portale per il cittadino e nei totem dei servizi del progetto accoglienza. Possibilità di richiedere in maniera dematerializzata, previo pagamento del servizio, copia conforme della Cartella Clinica del paziente identificato attraverso SPID e/o CIE. Cronoprogramma: entro il 31/12/2022;

### **Interventi di digitalizzazione a beneficio dei cittadini**

A beneficio dei cittadini, nel periodo di vigenza del PTPCT 2021-2023 saranno pubblicati sul sito internet, nella sezione Amministrazione Trasparente, previa adozione di un regolamento interno, gli esiti relativi alle richieste di accesso, c.d. “Registro degli accessi”, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in termini di accesso concesso o negato e tempistica della relativa risposta.

Anche l'accesso agli atti è stato previsto, nel predetto piano di digitalizzazione, come funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino. Cronoprogramma: entro il 15/06/2022.

Sempre in tema di comunicazione col cittadino e con gli utenti esterni e interni, è prevista la realizzazione di un elenco digitale di professionisti e uffici, consultabile sia dalla rete intranet che dalla rete internet, in modo da semplificare la modalità di contatto digitale (telefono, e-mail/pec) dei vari servizi dell'ospedale. Cronoprogramma: entro il 31/12/2021;

Infine, sempre in tema di servizi al cittadino/utente, entro il primo semestre 2021 sarà aperto presso il Centro Servizi del NIC uno sportello dedicato al deposito delle Disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui alla legge 219/2017. Le DAT saranno inserite in un applicativo regionale per la loro trasmissione o per la comunicazione del loro avvenuto deposito alla Banca dati nazionale delle DAT.

### **23.4 LA TUTELA DEI CITTADINI/UTENTI (GESTIONE RECLAMI E SEGNALAZIONI)**

L'Azienda si impegna a garantire la tutela dei cittadini/utenti dei suoi servizi, sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente, dalla Carta dei Servizi Sanitari, adottata ai sensi del DPCM 19 maggio 1995 e dalla Carta dei Diritti e dei Doveri dei Cittadini, adottata d'intesa con le organizzazioni dei cittadini accreditate.

L'Azienda ha definito con apposito regolamento interno i percorsi di tutela che possono essere attivati dal cittadino, le modalità di gestione dei reclami e i tempi di risposta.

Sono ammessi reclami e segnalazioni al fine di garantire la tutela dei cittadini nei confronti di atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni erogate dall'Azienda.

La tutela è prevista:

- a. per qualsiasi disservizio, inteso come mancanza di efficacia-efficienza, che abbia negato o limitato la fruibilità delle prestazioni;
- b. per qualsiasi violazione di leggi o regolamenti che disciplinino la fruizione dei servizi socio-sanitari.

L'Azienda rende pubbliche le modalità con cui può essere richiesta la tutela, attraverso il sito *internet* istituzionale.

Per quanto riguarda le attività più legate all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e alla Tutela dei cittadini il 2021 si è già caratterizzato dall'istituzione della Commissione Mista Conciliativa di concerto con l'Azienda USL Toscana Centro. Il percorso per giungere alla Commissione Mista Conciliativa è nato nel 2018 sulla base di quanto previsto dalle norme regionali in materia; sono state definite le modalità di realizzazione della Commissione Mista Conciliativa composta da tre membri dell'Azienda e da tre rappresentanti delle Associazioni accreditate. L'Azienda, di concerto con la Direzione della USL Area Vasta Toscana Centro, ha concordato di dare vita ad un'unica Commissione Mista Conciliativa, avvalendosi della possibilità concessa dal legislatore regionale di realizzare sperimentazioni nella gestione delle seconde istanze del percorso di tutela.

L'ufficio che gestisce i reclami degli utenti comunica al RPCT eventuali segnalazioni di interesse per la finalità di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza, anche al fine di poter valutare azioni di miglioramento da inserire come obiettivi del PTPCT.

Nel 2021, secondo il cronoprogramma regionale, sarà adottato da quest'Azienda il SW per la gestione dei contatti coi cittadini secondo la nuova tassonomia approvata con DGRT n. 184 del 17/02/2020 recante: "Tassonomia del sistema regionale di ascolto e informazione ai cittadini".

### 23.5 GESTIONE STRAGIUDIZIALE SINISTRI

L'Azienda ha attivato e perfezionato azioni e misure di miglioramento relative alla gestione stragiudiziale dei sinistri, in particolare:

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

## 24 INNOVAZIONE E SVILUPPO

Rientra nella politica di prevenzione della corruzione, oggetto del PTPCT 2021-2023, l'utilizzo ottimizzato della dotazione tecnologica già disponibile in Azienda e lo sviluppo di acquisti mirati.



L'intento aziendale è la riorganizzazione del processo di valutazione (sviluppato grazie al supporto del gruppo *Lasth* – Università degli Studi di Firenze), di richiesta di acquisto e monitoraggio delle tecnologie sanitarie, nonché la prosecuzione e il rafforzamento del percorso di sviluppo di strumenti digitali di informazione e servizi a favore dell'utenza (*wi-fi free*, Totem, App per *smart phone* e *tablet* -progetto generale Careggi *Smart Hospital*).

Si vedano a tal proposito il Piano aziendale di digitalizzazione approvato con provvedimento del Direttore Generale n. 130 del 26/02/2021 e il Piano strategico pluriennale 2019/2024.

L'Azienda, attraverso il lavoro della UO Innovazione tecnologica nelle attività clinico-assistenziali (UO ITACA), ha revisionato la procedura per l'introduzione delle tecnologie sanitarie (P/903/150).

La procedura revisionata e approvata nel 2018 affronta diverse modalità di acquisizione delle tecnologie:

- acquisizione onerosa;
- donazione;
- comodato d'uso;
- prova visione.

La UO ITACA opererà nel triennio di vigenza del PTPCT (2021-2023) affinché venga implementato un meccanismo per ottenere un ritorno oggettivo dalle Strutture aziendali in merito all'effettivo utilizzo della tecnologia introdotta e alla sua efficacia da valutare mediante un'apposita scheda, che dovrà compilare il richiedente/utilizzatore del bene dopo un periodo di tempo stabilito dalla sua introduzione in Azienda. Saranno oggetto di tale valutazione soltanto le **tecnologie a forte impatto innovativo** individuate, dalla UO ITACA insieme al RSD di riferimento del Dipartimento interessato all'uso della tecnologia, al momento degli incontri periodici finalizzati alla definizione del fabbisogno tecnologico. Tale attività valutativa verrà formalizzata in un'apposita procedura aziendale codificata.

Infine la UO ITACA a supporto della UO Farmaceutica Ospedaliera e Politiche del Farmaco avrà il compito entro il 2023 di valutare la soluzione tecnologica migliore per sperimentare in Strutture aziendali "campione" l'utilizzo di armadi informatizzati, in particolare di armadi di reparto e di conti di deposito di dispositivi impiantabili non sterili presso il magazzino del CTO della Farmacia. Le attività che allo scopo sono già state eseguite nel 2020 sono:

- il sopralluogo presso il CTO per la documentazione fotografica dei conti deposito dispositivi medici non sterili per la realizzare l'informatizzazione del conto deposito stesso, in modo da permettere il riordino automatico del materiale impiantato al fornitore;
- la valutazione della possibile soluzione progettuale per il raggiungimento dell'obiettivo;
- l'individuazione dei reparti oggetto del progetto pilota.

## 25 INFORMAZIONE MEDICO-SCIENTIFICA E ACCESSO DEGLI SPECIALIST

L'Azienda si è dotata di un Regolamento per l'informazione Medico-Scientifica e per l'accesso degli *specialist* al fine di:

- garantire un'informazione adeguata, coerente e appropriata diffusa a tutti gli operatori interessati, basata sulle evidenze e sulla trasparenza;
- regolare l'accesso in ambiti di diagnosi e cura in riferimento a effettive e documentate necessità e particolari procedure;

- tracciare la presenza e le attività degli *specialist* e degli informatori all'interno delle aree sanitarie e non sanitarie;
- adottare comportamenti sicuri ed eticamente corretti a tutela dei pazienti e degli operatori coinvolti;
- gestire gli eventuali conflitti di interessi, anche potenziali, che possono emergere.

Il Regolamento definisce in particolare il percorso di accreditamento delle ditte che hanno interesse a presentare i propri prodotti e il percorso di autorizzazione degli informatori medico-scientifici e degli *specialist* attraverso contatti con la UO Farmaceutica Ospedaliera e Politiche del Farmaco, il Servizio Prevenzione e Protezione, la UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera e la UO Fisica Sanitaria.

Tali percorsi sono stati informatizzati sia per l'accreditamento delle ditte, sia per l'autorizzazione degli *specialist* all'accesso ai comparti operatori quale misura di mitigazione del rischio palesato dalla mappatura dei processi effettuata. Il percorso informatizzato permette il completamento della richiesta solo da parte delle ditte accreditate e per i professionisti autorizzati. Il sistema ha eliminato gli accessi per i professionisti non autorizzati. Sono state così annullate le segnalazioni di non conformità da parte del personale operante nei comparti operatori.

## 26 IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA

Il d.lgs. n. 97/2016 «Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche», ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività della pubblica amministrazione (PA) e i rapporti con i cittadini. In particolare ha rafforzato il concetto di **trasparenza** della PA, che viene **intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni**, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, di promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e di **favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche**.

Il d.lgs n. 97/2016 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza previsti dal d.lgs. n. 33 del 2013. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si registra il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione dell'istituto dell'**accesso civico a dati e documenti** (art. 5 del d.lgs. n. 33 del 2013), l'unificazione fra il Programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie, nonché l'attribuzione ad ANAC della competenza all'irrogazione delle stesse.

Lo stesso decreto introduce così anche in Italia il *Freedom Information Act* (FOIA), consentendo a chiunque di richiedere anche dati e documenti che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare (art. 5, comma 2 del d.lgs. n. 33 del 2013), salvo eccezioni espressamente previste (art. 5 bis del d.lgs. n. 33 del 2013).

Dallo scorso anno l'Azienda è impegnata a riorganizzare il modello interno di gestione delle richieste alle varie tipologie di accesso ai documenti amministrativi (individuando l'URP, quale canale unico di



ricezione delle richieste) e ad aggiornare la regolamentazione aziendale secondo le diverse discipline dettate dalla legge n. 241/1990 e dal d.lgs. n. 33/2013.

Nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale dell’Azienda è stata predisposta una pagina che informa i cittadini sulle diverse modalità con cui è possibile accedere ai documenti in possesso dell’Azienda, mentre il Registro degli accessi non è aggiornato. Su questo fronte l’Azienda si impegna a partire dal 2021 ad avviare il percorso di revisione della regolamentazione, gestione delle richieste e pubblicazione completa e aggiornata del Registro degli accessi per concluderlo entro il 2023. Saranno necessariamente coinvolti in questo percorso l’URP, la UO Affari Generali, il RPCT, il Responsabile per la transizione al digitale in Azienda, il Responsabile della gestione documentale e per la conservazione nonché il Responsabile della protezione dei dati<sup>27</sup>.

Gli adempimenti dell’Azienda in merito agli obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale previsti dal d.lgs. n. 33/2013 sono, salvo alcune sezioni, in continuo aggiornamento, si adattano alle ultime indicazioni in materia e seguono i criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione. Sarà in specie rilevante attendere l’adozione del Regolamento prevista entro il 30/04/2021 (art. 1 comma 7 del decreto legge n. 162 del 2019) per la definizione, dopo la sentenza della Corte costituzionale n. 20 del 2019, degli adempimenti necessari in ordine all’art. 14 del d.lgs. n. 33 del 2013 riguardante gli obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali. A queste nuove disposizioni l’Azienda dovrà adeguarsi recuperando i relativi adempimenti di pubblicazione che sono stati fin qui oggetto di temporanea sospensione e inoltre dovrà in linea generale agire nel triennio di vigenza del PTPCT, affinché migliori il rispetto dei termini delle pubblicazioni previste, con tempestività di aggiornamento (esempio incarichi di consulenti e collaboratori, CIG, etc.). Allo scopo la UO Informatizzazione dei processi sanitari sta valutando la possibilità di acquisire in riuso sistemi informatici che consentano la pubblicazione attraverso un sistema operativo che responsabilizzi ciascuna Struttura aziendale a produrre il dato, il documento e l’informazione e contestualmente, a pubblicare in autonomia, secondo gli obblighi previsti dalla normativa, mediante un portale che dia diretta evidenza della pubblicazione autorizzata sul sito internet dell’Azienda.

## 26.1 PROCEDIMENTO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA E RELATIVA ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

Per ciascun obbligo di pubblicazione è individuato (Allegato 4) il relativo **dirigente responsabile**, identificato sulla base delle rispettive competenze. I dirigenti potranno servirsi del supporto di specifici **referenti operativi da indicare al RPCT** e comunicare alla *Redazione web* per il caricamento dei dati sul sito “Amministrazione Trasparente”.

---

<sup>27</sup> Vedi il provvedimento del Direttore Generale n. 107 del 17/02/2021 con cui è stato nominato il Responsabile per la transizione al digitale sono stati confermati gli incarichi di Responsabile della gestione documentale e della conservazione e Responsabile della protezione dei dati.

Le modalità di gestione dei dati e delle informazioni riportate sul sito *internet* dell'Azienda sono rimesse alla responsabilità del dirigente della singola Struttura aziendale che produce o comunque detiene, gli stessi dati e le informazioni, così come la loro correttezza, la completezza e l'aggiornamento.

Come espressamente previsto dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, i dirigenti responsabili di Struttura devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni, da pubblicare nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

L'attuazione degli obblighi di pubblicità in materia di trasparenza è oggetto di monitoraggio costante da parte dei dirigenti responsabili e dei loro referenti operativi.

Il RPCT, coadiuvato dal Gruppo operativo e dalla *Redazione web*, effettua i necessari controlli sugli adempimenti da parte dei dirigenti. Sono previsti due momenti di controllo (di regola semestrale) in cui il RPCT verifica e sollecita i dirigenti a cui compete l'adempimento o l'aggiornamento da effettuare. Lo stato di attuazione ed aggiornamento del sito viene così periodicamente tenuto sotto controllo dal RPCT.

Il rispetto della normativa sulla trasparenza in esito alla pubblicazione obbligatoria che spetta all'Azienda viene annualmente attestato dall'OIV attraverso una verifica mediante la c.d. griglia di attestazione dell'adempimento di alcuni obblighi a campione stabiliti da ANAC.

L'UPD concorre all'aggiornamento dei codici disciplinari e riceve le segnalazioni di cui all'art. 43, comma 5, del d.lgs n. 33/13, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare e di quanto nello specifico previsto dalla regolamentazione ANAC (in particolare delibera n. 10/2015).

## **26.2 PUBBLICAZIONE DEI DATI RELATIVI AL MONITORAGGIO DEI TEMPI DELLE LISTE D'ATTESA E DEI SERVIZI EROGATI**

La UO Direzione Operativa in collaborazione con la UO Igiene e organizzazione ospedaliera, la UO Monitoraggio *Performances* Sanitarie e la UO Governo dei percorsi *outpatient*, secondo un calendario condiviso con la Direzione Aziendale, sviluppano 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. 41, comma 6 d.lgs. n. 33/2013).

### **I. Liste di attesa chirurgiche**

È prevista la pubblicazione ogni 3 mesi () di:

- criteri di formazione delle liste d'attesa
- 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**

La **tempestività di erogazione** delle prestazioni prescritte in regime SSN è componente fondamentale della qualità clinica e della qualità percepita dei servizi sanitari. Il mantenimento della prevalenza



dell'attività istituzionale su quella libero professionale, in termini di volumi erogati di visite e prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini, congiuntamente al rispetto dei tempi di attesa in regime istituzionale costituiscono le premesse indispensabili per il realizzarsi della “libera scelta” del cittadino di avvalersi del regime libero professionale.

Risulta importante evidenziare che le Aziende Ospedaliero-Universitarie, differentemente dalle Aziende territoriali, non sono tenute a garantire autonomamente tempi di attesa minimi, che per l'attrazione esercitata e 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, la cui costruzione dell'offerta di prestazioni ambulatoriali prevede il pieno coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliera che insiste in quel territorio. L'AOU Careggi contribuisce all'offerta di prestazioni di **primo contatto** per i cittadini dell'AUSL Toscana Centro attraverso il sistema di prenotazione CUP Metropolitano (accessibile attraverso il CUP online <https://prenota.sanita.toscana.it/ricetta-dematerializzata> o al n. tel. 055 545454).

Come previsto dal “[Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa Ambulatoriali](#)” approvato con [Prov. DG AOUC 471 del 3 luglio 2019](#) le caratteristiche dell'offerta prenotabile e le modalità di accesso e prenotazione di visite ed esami sono state adeguate ai Piani Nazionale e Regionale di Governo delle Liste di Attesa e pubblicizzate anche attraverso il sito web aziendale.

Uno dei cardini del Piano aziendale è la **separazione dei canali di prenotazione e dei flussi di primo accesso e di presa in carico**, che permette di trattare adeguatamente la domanda di primo accesso, generata solitamente dalla medicina generale e gestita con le liste di attesa per priorità del CUP, differenziandola da quella di presa in carico, generata dagli ambulatori specialisti e gestita direttamente dalle strutture sanitarie attraverso le liste di programmazione. Dal 1 giugno 2019 il software di prescrizione elettronica SIRE3 obbliga a specificare se la prestazione è richiesta per il “primo accesso” o per la presa in carico (“altro tipo di accesso”).

Per evitare di alimentare impropriamente il bisogno di prestazioni di primo accesso, l'AOU Careggi deve soddisfare innanzitutto la domanda di presa in carico: ogni paziente arrivato in Careggi per un primo accesso o a seguito di accesso al DEA o di ricovero, se ha bisogno di ulteriori accertamenti o controlli a distanza deve uscire dall'ospedale con una prescrizione e prenotazione. L'Azienda pertanto non rende prenotabili al CUP MET, ma provvede direttamente alla prenotazione delle quote di prestazioni obbligatoriamente prescritte da propri specialisti interni (DGRT 1038/2005), riservate agli utenti ambulatoriali che già hanno avuto un primo contatto con i Servizi aziendali ambulatoriali, di Pronto Soccorso e di ricovero, per i quali la normativa regionale (DGRT 1080/2016) impone di garantire percorsi ambulatoriali di “presa in carico” snelli e senza ulteriori attese, come realizzato ad esempio attraverso il CORD per i pazienti oncologici, attraverso il CUD della Diagnostica per immagini e in linea generale attraverso l'attribuzione di privilegi di accesso alla prenotazione diretta nelle agende delle diagnostiche strumentali e di visite specialistiche, da parte dei medici e degli altri operatori dei servizi ambulatoriali aziendali.

A tale scopo il Piano aziendale ha **dimensionato la domanda di prestazioni di presa in carico**, ovvero il fabbisogno di prestazioni erogate in regime ambulatoriale espresso dagli specialisti AOUC. Anche a seguito di specifiche concertazioni tra i principali fruitori e i principali produttori di prestazioni, mediate dalla Direzione Sanitaria, il servizio di gestione delle agende ha reso prenotabili ai servizi “clienti” un adeguato volume di prestazioni rese disponibili dai servizi “fornitori”. Questa offerta di **secondo accesso** è stata strutturata in **agende aperte a scorrimento a 400 giorni** e accessibili alla prenotazione interna direttamente dal contesto che genera la prescrizione, permettendo così di assicurare la presa in carico del cittadino che ha effettuato il primo accesso e deve proseguire il percorso diagnostico-terapeutico.

L’Azienda inoltre rende disponibili e prenotabili anche con la funzione Prelievo amico dell’*App Careggi Smart Hospital* i prelievi per l’effettuazione di indagini di laboratorio.

Governata in tale modo la presa in carico, i **restanti volumi di produzione ambulatoriale** sono stati orientati **al primo accesso e messi a disposizione degli utenti attraverso l’esposizione a CUP-Met delle relative agende**. Queste consentono all’Azienda USL territoriale di organizzare l’offerta complessiva di primo accesso per classe di priorità e negli ambiti territoriali di garanzia.

A questo scopo è stata condotta nel 2019 la **chiusura alla prenotazione interna delle 110 agende di primo accesso esposte a CUP Metropolitano**. Queste agende, da allora, sono state precluse alla prenotazione da parte di operatori AOUC e rese prenotabili esclusivamente da operatori CUP-Met nell’ambito dell’offerta territoriale con possibilità di confronto del tempo di attesa relativo (prima disponibilità del sistema CUP-Met), contribuendo al miglioramento del tempo di attesa regionale.

Nel **dicembre 2020** è stato inoltre aggiornato il [Regolamento aziendale D/903/163 “Gestione dell’attività specialistica ambulatoriale”](#). Le prestazioni di primo contatto concorrono a costituire contenitori differenziati in funzione della priorità clinica (DGRT 604/2019, DGRT 750/2018). La priorità clinica, in quanto espressione del grado di “urgenza” o “differibilità” della prestazione prescritta, è oggi utilizzata dal Sistema Sanitario Toscano per un numero sempre maggiore di prestazioni ed è espressa dal MMG/PLS o dallo Specialista in un apposito campo della prescrizione SSN (storicamente “ricetta rossa”, oggi ordinariamente gestita con prescrizione dematerializzata). Il campo priorità, per le prestazioni di primo contatto, può assumere i valori: **U (Urgente)**, entro 72 ore, **B (Breve)**, entro 10 giorni, **D (Differibile)**, entro 15-30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici più semplici. Per le visite sono previsti in generale 30 giorni, 15 giorni per le seguenti: cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica, otorinolaringoiatrica.

L’Azienda, per le prestazioni di priorità **Urgente** si pone come struttura di secondo livello a cui i MMG o gli specialisti territoriali indirizzano i pazienti attraverso agende a prenotazione diretta. Lo strumento maturato in Area Vasta Centro è stato il cosiddetto “*Fast Track*”, riservato alla prenotazione da parte dei MMG di prestazioni appunto con livello di priorità U, attraverso un canale di prenotazione dedicato.

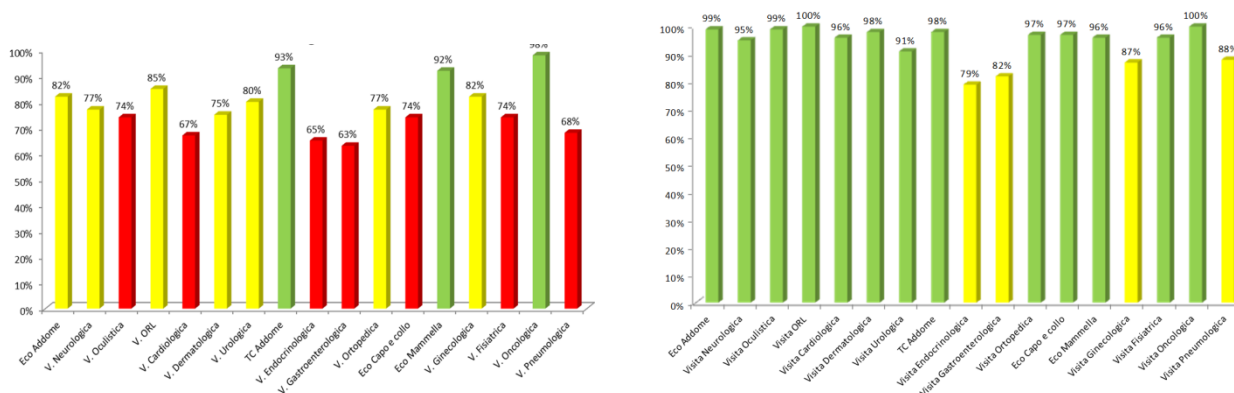
Secondo le indicazioni del Dipartimento Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana, Settore Organizzazione delle Cure e Percorsi Cronicità, le Aziende pubblicano sul sito *internet*, ai fini della trasparenza e anticorruzione, i dati del flusso TAT aggregati dalla Regione Toscana e relativi all’anno precedente: alla pagina web *Azienda/Amministrazione trasparente/Servizi erogati/Liste di attesa/Criteri di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali* sono riportati gli elementi di dettaglio.

In particolare, sono mantenute aggiornate le seguenti pagine web aziendali:

[Trasparenza - criteri di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali](#) che riporta il [Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021](#) recepito con il [Provvedimento del Direttore Generale n. 471/2019](#) che adotta il nuovo [Programma attuativo aziendale](#), esplicita i concetti di primo accesso e successivi e evidenzia il significato delle classi di priorità, chiarisce il ruolo di Careggi nel partecipare alla programmazione e costituzione dell'offerta prenotabile dell'AV Centro.

[Trasparenza - tempi medi di erogazione dei servizi](#), che reca [l'elenco delle prestazioni monitorate e i rispettivi ambiti di garanzia](#). L'Azienda USL Toscana Centro rende disponibili per la consultazione i dati di attesa delle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali con indicazione dei [tempi medi effettivi di attesa per ciascun ambito territoriale di garanzia](#). I dati dell'AOU Careggi confluiscono nel DB utilizzato dalla Regione Toscana per mantenere costantemente aggiornato il portale per la consultazione dei [Tempi di attesa ambulatoriali](#), attraverso il quale è possibile visualizzare la [Percentuale di prestazioni di primo accesso garantite entro i tempi massimi regionali](#) prenotate in regime istituzionale per tutti i residenti dell'area vasta di riferimento; il portale mostra i giorni di attesa prospettati all'utente al momento della prenotazione e può essere interrogato selezionando il tipo (visite o prestazioni ambulatoriali), la specifica prestazione (es. Visita chirurgia generale), la settimana di riferimento, l'Area Vasta e l'ambito geografico di interesse.

Il Dipartimento Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana ha avviato **da maggio 2019** incontri con cadenza settimanale o quindicinale di una cabina di regia strategica per l'adozione di modalità uniformi di governo dei tempi di attesa in tutte le Aziende Sanitarie toscane. Le azioni programmate a livello centrale sono state adottate a livello aziendale, in Careggi con le modalità descritte alle pagine precedenti. Focalizzando le circa 64 prestazioni monitorate dal Piano Nazionale, il gruppo regionale realizzava allo stesso tempo un attento monitoraggio dei tempi di attesa e delle modalità di generazione del flusso, che hanno consentito di traghettare progressivamente il sistema toscano dalle situazioni di partenza del maggio 2019 (immagine a sinistra qui di seguito) a quella registrata a fine gennaio 2020 (immagine a destra), in cui la **percentuale di prestazioni garantite entro i tempi del PNGLA** in Regione Toscana attestava il conseguimento degli standard attesi dal Piano Nazionale.



## Mutamenti all'attività ambulatoriale determinati dall'emergenza sanitaria, atti e programmazione

La fase 1 della pandemia da SARS-CoV-2 ha comportato una drammatica riduzione della possibilità di garantire le attività ambulatoriali elettive. Questa riduzione si è resa necessaria non solo per ragioni



epidemiologiche di distanziamento sociale, ma anche e soprattutto per recuperare il personale necessario per garantire l'assistenza in Area Critica, nelle aree di degenza COVID, negli ambulatori e drive thru tamponi, nei check point e in altri ambiti minori. La flessione della domanda (prescrizioni DEMA) e dell'offerta ambulatoriale (prenotazioni CUP) è stata mediamente dell'80%.

Con la fine del lockdown, è stato possibile pianificare una graduale e progressiva ripresa dell'attività, partendo con il riassorbimento delle prestazioni sospese e utilizzando tutti gli strumenti organizzativi e tecnologici utili a mantenere il distanziamento sociale.

Nella fase 2, la ripresa dell'attività ha comportato la necessità di recuperare in prima istanza il volume di appuntamenti sospesi nella fase 1. Il 7 maggio 2020, in applicazione dell'Ordinanza PGRT n. 49 del 3 maggio 2020, questa Azienda ha approvato il documento **PN-20/903/04A** "[Piano Aziendale per la ripresa delle attività ambulatoriali nella Fase 2 della pandemia SARS-CoV-2](#)" (link accessibile dalla intranet).

Per gli ambiti più critici è stato valutato di applicare le previsioni dell'Ordinanza n 49 del 3 maggio, utilizzando l'Istituto della Libera professione intramuraria in forma di equipe, c.d. Attività Aggiuntiva. Questi progetti hanno coinvolto il personale dirigente in regime di esclusività per erogare prestazioni aggiuntive, secondo la tipologia di cui all'art.115, comma 1, lettera d) del CCNL dell'Area Sanità relativo al triennio 2016-2018, sottoscritto in data 19.12.2019 e, variabilmente, il personale di Comparto necessario per l'erogazione. I progetti di attività aggiuntiva hanno consentito di accelerare i tempi di recupero, riducendo inoltre le ripercussioni del recupero stesso sulla ripresa delle attività dopo le modulazioni estive.

Il "[Piano Aziendale per la ripresa delle attività ambulatoriali nella Fase 2 della pandemia SARS-CoV-2](#)" rappresenta la cornice che disciplina la ripresa delle attività ambulatoriali e prevede le singole azioni attivabili allo scopo. Tra questi l'ampliamento degli orari di apertura al pubblico per mantenere il distanziamento sociale distribuendo le attività ambulatoriali su tutto l'arco della giornata, dalle 8:00 alle 20:00 di tutti i giorni feriali della settimana, dal lunedì al sabato compreso, per garantire una riduzione della presenza contemporanea di pazienti e operatori. Gli orari di servizio ambulatoriali di AOUC, "contenitori" degli orari di lavoro e di apertura al pubblico, a decorrere dal 01/06/2020 sono stati stabiliti dalle 7:00 e alle 20:00, dal lunedì al sabato. All'interno dell'orario di servizio, in relazione alle peculiarità delle attività da rendere, si articolano gli specifici orari di lavoro sulle dodici ore. Stanti le necessità di assicurare tali orari di apertura al pubblico e di garantire una coerenza tra le attività sanitarie e gli spazi di accoglienza e attesa, la ripresa delle attività ambulatoriali ha comportato una attenta programmazione che, secondo il "Regolamento per la gestione dell'attività specialistica ambulatoriale" (D/903/163), coinvolge il Direttore SOD responsabile dell'organizzazione delle attività cliniche; l'Infermiere Coordinatore assicura la partecipazione del personale di assistenza e di supporto integrando il fabbisogno di tutte le SOD che utilizzano quel poliambulatorio. Una accurata programmazione delle presenze contemporanee in sala di attesa è infatti necessaria quando più ambulatori utilizzano spazi di attesa comuni; il Referente dei Servizi Integrati di Padiglione (SIP) assicura le attività di accoglienza e amministrative integrando allo stesso modo il fabbisogno di tutte le attività che insistono in quell'edificio.

In aggiunta a tale approccio di riorganizzazione, si è perseguito il ricorso alla **televisita di controllo**, che può essere utile a distanziare gli accessi fisici alla struttura. Questa è prescrivibile su SIRE3 solo dallo



specialista (non MMG) per i casi da egli selezionati e realizzabile sulla piattaforma regionale <https://televisita.sanita.toscana.it/> come descritto anche nella [pagina della tele visita sul sito AOUC](#).

Ai Coordinatori AAA, SIP e Centro Servizi-NIC, sono state fornire istruzioni al momento della convocazione del paziente, affinché quest'ultimo si presenti con anticipo non maggiore di 15 minuti, condizione verificata ai check point di padiglione. L'accompagnatore è ammesso solo per minori, disabili, non autosufficienti o persone fragili e con difficoltà linguistiche. Questi aspetti contribuiscono a ridurre l'affollamento e a mantenere la distanza interpersonale di almeno 1 metro.

Dopo la prima metà di maggio, sono stati quantificati i volumi dell'attività da recuperare per ogni SOD, corrispondenti agli appuntamenti non accettati in Arianna CUP tra il 10 marzo e il 15 maggio. Per 84 distinti ambiti disciplinari e organizzativi ambulatoriali è stata valutata la percentuale di riassorbimento realizzata a giugno e le tempistiche di completamento prospettabili in orario dovuto. I dati aziendali hanno evidenziato un volume complessivo di 47.387 visite e prestazioni diagnostiche di primo accesso, controllo e follow-up sospese nel periodo del lockdown e da smaltire.

Tipologia di prestazioni	Numero	Ore di attività
Prime Visite Specialistiche	9.792	4.896
Visite di controllo	26.725	8.908
Prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini	10.870	5.435
<b>Totali</b>	<b>47.387</b>	<b>19.239</b>

Tali ore vanno intese come lavorate contemporaneamente dalla Dirigenza Medica e dal personale di Comparto (infermiere, TSRM, TSLB, altre professioni sanitarie).

Il riassorbimento di questi volumi è stato avviato a partire dal mese di maggio 2020 ed si è protratto per un periodo variabile, fino all'autunno per i settori in cui le risorse umane e tecnologiche erano già prossime a saturazione prima che si palesassero le necessità di recupero del sospeso COVID, come nella diagnostica per immagini e strumentale (radiodiagnostica, medicina nucleare, ecografia internistica, endoscopia digestiva) in radioterapia e, in misura minore, nelle visite che comportano il supporto strumentale (otorinolaringoiatria e audiologia, odontoiatria, cardiologia, pneumologia, senologia). Per questi ambiti si è fatto ricorso a 20 progetti di attività aggiuntiva esistenti o istituiti allo scopo (Endoscopia digestiva, Ecografia oncologica, Ecografia non oncologica, Medicina Nucleare oncologica, RMN oncologica, RMN neurologica, RMN altri pazienti, TC oncologica e follow-up, TC contrasto, Radiodiagnostica tradizionale, Camera Iperbarica, Visite neurochirurgia, Visite e trattamenti odontoiatrici, Visite endocrinologiche, Visite ortopedia oncologica, Visite audiologiche, Consulenze infettivologiche, Laboratorio test COVID, Visite radioterapia e piani di trattamento, Applicazioni radioterapiche).

### 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 è quella di garantire tempi di esecuzione/refertazione predefiniti congrui con i percorsi diagnostico terapeutici e che



non prolunghino i tempi di degenza. Rispettando l'ordine di priorità dato dal clinico richiedente, gli esami sono prenotati ed effettuati nel minore tempo possibile, generalmente entro 24/48 ore.

- Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali:

L'Azienda organizza ogni anno l'offerta di circa 360.000 esami di diagnostica per immagini, che viene modulata sulle necessità cliniche degli assistiti. La configurazione dell'offerta diagnostica viene costantemente monitorata e modificata, in funzione dell'evoluzione delle richieste, sia in termini di quantità che di complessità delle prestazioni. È infatti obiettivo prioritario quello di soddisfare la domanda interna, sia per i ricoverati che per i percorsi ambulatoriali di presa in carico. Eventuali ulteriori contingenti di offerta vengono resi prenotabili all'utenza esterna, ma solo una minima parte prenotabili attraverso CUP Metropolitan, perché il Dipartimento dei Servizi privilegia l'attivazione di percorsi di prenotazione ambulatoriale diretta da parte degli Specialisti Prescrittori, strumento utile alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso il confronto e la collaborazione dei Medici Clinici e dei Medici Radiologi dell'Azienda. Tale modalità contribuisce alla sinergia fra richiedenti ed erogatori di prestazioni, garantendo un allineamento temporale fra prestazioni e visite di controllo esemplificando così l'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, in termini di omogeneità, equità, appropriatezza e tempistica. Questa modalità contribuisce, altresì, a ridurre la duplicazione degli esami specialistici e a rispettare i vincoli della sostenibilità economica.

La modalità ordinaria per i percorsi ambulatoriali prevede pertanto la prenotazione diretta da parte dello specialista richiedente, che governa completamente il canale di prenotazione e di conseguenza l'appropriatezza e la tempistica: non spetta all'utente stabilire i collegamenti tra i diversi punti del sistema, ma è il sistema stesso a guidarlo e ad accompagnarlo nel percorso di cura, in una logica di rete nella gestione dei pazienti.

L'offerta di prestazioni a disposizione dei prescrittori è stata progressivamente ampliata in modo da coprire quasi interamente il fabbisogno dei pazienti presi in carico dall'Azienda. Permane attualmente una minima parte di domanda inevasa attraverso il canale suddetto, prevalentemente relativo a pazienti in *follow-up* di lungo periodo o a prestazioni di alta specialità, che vengono presi in carico mediante l'accesso di persona al *Front Office* delle radiologie o via e-mail.

In attuazione della Del. GRT n. 476 del 2 maggio 2018 "*Azioni per il contenimento dei tempi d'attesa: introduzione della funzione di gestione operativa*" e della Del GRT n. 750 del 2 luglio 2018 "*Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali?*"), tese a garantire una maggiore efficienza erogativa e a migliorare i percorsi di accesso e fruizione delle prestazioni da parte degli utenti, stanti le difficoltà riscontrate sui tempi di attesa prospettati agli utenti per le prestazioni di risonanza magnetica e di TC, si è operato per dare applicazione alla Delibera GRT 914/2018 "*Indirizzi alle aziende ed enti del SSR contenenti criteri per l'acquisizione di prestazioni libero professionali ambulatoriali del personale dirigente del SSR ai fini del governo delle liste di attesa.*"

La programmazione dipartimentale ha portato innanzitutto alla piena occupazione delle sedute RM e TC aziendali in orario 8.00 – 20.00 dei giorni dal lunedì al venerdì e 8.00 – 14.00 al sabato. E a partire dal mese di febbraio 2021 è stata avviata l'apertura di sedute serali in orario 20.00 – 24.00 presso il padiglione CTO, che consentono di erogare in più, al giorno, dal lunedì al venerdì, 16 prestazioni di risonanza e 24 prestazioni TC, a favore di utenti che accedono con le stesse modalità previste per le attività istituzionali.

### **ADO Diagnostica di Laboratorio**

L'obiettivo dei laboratori afferenti all'ADO Diagnostica di Laboratorio è quello di garantire tempi di esecuzione/refertazione degli esami diagnostici di laboratorio congrui con quelli predefiniti sulla base dello *standard-of-care* riconosciuto.



I tempi di refertazione predefiniti per gli esami diagnostici eseguiti da parte dei vari laboratori sono consultabili nella pagina *web* del sito azienda (<http://www.aou-careggi.toscana.it>) e rilevabili direttamente dal gestionale utilizzato nei singoli laboratori, ovvero DNLAB.

A partire dal mese di febbraio 2020 l'emergenza sanitaria legata alla pandemia di COVID-19 ha impattato profondamente soprattutto sull'attività della SOD Microbiologia e Virologia: il numero di esami eseguiti nel 2020 è aumentato di oltre il 50% rispetto al 2019, e la diagnostica per le infezioni da SARS-CoV-2 è venuta a costituire il 39.4% del totale degli esami eseguiti. In conseguenza della necessità di risposte urgenti per poter gestire adeguatamente i pazienti con COVID-19, è anche stato necessario organizzare, nell'arco di pochi giorni, una attività in regime H24 - 7 giorni su 7, in un Laboratorio che normalmente era aperto in regime H12 esclusi i festivi.

Per garantire questo regime di operatività e l'incremento delle prestazioni diagnostiche, è stato necessario ricorrere all'istituto della libera professione intramuraria in forma di equipe, c.d. Attività Aggiuntiva e alla collaborazione da parte di Personale Tecnico e Dirigente in servizio presso altre SOD, e al potenziamento dell'organico di personale Dirigente e Tecnico. Allo stesso tempo è stato necessario potenziare le piattaforme diagnostiche utilizzate per la diagnostica molecolare e sierologica delle infezioni da SARS-CoV-2. Ciò ha reso contestualmente necessaria una riorganizzazione degli spazi di laboratorio, con implementazione di laboratori con livello di biosicurezza BSL2+ per la processazione dei campioni COVID sospetti o accertati e una riorganizzazione dei magazzini.

Sempre a causa dell'emergenza legata alla pandemia di COVID-19, alcuni esami (esami sierologici su potenziali donatori di organo/tessuto) sono stati indirizzati presso l'AOU Pisana, mentre altri (diagnostica molecolare delle malattie sessualmente trasmesse) sono stati temporaneamente sospesi in quanto necessitavano delle stesse piattaforme strumentali e degli stessi reagenti utilizzati per la diagnostica di SARS-CoV-2, a fronte di una situazione di carenza a livello globale di queste piattaforme e di questi reagenti per l'improvviso ed imprevisto aumento della domanda. Il resto dell'attività diagnostica non ha subito interruzioni, anche se in alcuni periodi (seconda ondata della pandemia COVID-19) i tempi di esecuzione si sono occasionalmente dilatati.

Per mantenere stabilmente il regime di apertura H24/7 giorni su 7, che si è reso necessario per l'emergenza COVID, ma la cui introduzione era già programmata per ridurre i tempi di risposta nella diagnostica della sepsi a seguito della DGRT n.74 del 27/01/2020 (che stabilisce la riorganizzazione delle attività dei Laboratori di Microbiologia clinica e la realizzazione della nuova rete regionale di Microbiologia clinica) è stato previsto un adeguato potenziamento dell'organico del personale nell'ambito della programmazione dipartimentale, tenendo conto dei carichi di lavoro e del futuro turnover del personale già in organico.

### 26.3 PUBBLICAZIONE DEI CIG

I Gestori di Fabbisogno dell'Azienda implementano l'inserimento sul programma regionale SITAT 190 dei CIG anche per la successiva pubblicazione sul sito istituzionale sezione "Amministrazione Trasparente/Bandi di gara e contratti", ai sensi dell'art. 1, comma 32 della legge n. 190/2012 e della delibera ANAC n. 39/2016.

Negli ultimi due anni i Gestori di Fabbisogno sono stati guidati e affiancati in questa attività dagli operatori più esperti afferenti alla UO Rapporti con ESTAR. Nel corso del 2021 è intenzione dell'Azienda perfe-

zionare a livello più diffuso la padronanza del personale su queste attività, anche attraverso un percorso formativo più strutturato, che consenta anche di rispondere ai relativi obblighi di pubblicazione sul sito sezione “Amministrazione Trasparente” in modo uniforme.

## 26.4 GIORNATA DELLA TRASPARENZA E RAPPORTI CON IL CITTADINO/UTENTE

L’Azienda riconosce la centralità del cittadino/utente titolare del diritto alla tutela della salute e ne assicura convintamente la partecipazione alla vita dell’Azienda, soprattutto attraverso le Associazioni accreditate che si coordinano per condividere con l’Azienda azioni di miglioramento della qualità dei servizi erogati, di potenziamento delle sinergie e delle risorse disponibili.

Con la precisa intenzione di rendere partecipi gli *stakeholder* l’Azienda ha rafforzato i legami con la comunità, grazie all’iniziativa della c.d. Giornata della Trasparenza avviata nel 2014 per diversi anni consecutivi, l’ultima ha avuto luogo nel 2018. Nello specifico si è tenuta il 29 gennaio 2018 e per l’occasione sono stati condivisi con numerosi *stakeholder* interni ed esterni (in tutto 510 partecipanti) i risultati del primo anno del Progetto “*La mappatura delle aree di rischio specifico*”, alla giornata era presente anche il Presidente dell’ANAC.

L’Azienda attende che il superamento di questa difficile fase storica le permetta di riprendere questa tradizione importante per ritrovarsi fianco a fianco della cittadinanza che non ha mai fatto mancare il sostegno all’ospedale e ai suoi professionisti impegnati nella salvaguardia della salute di tutti, oggi più che mai.

## 27 ALLEGATI AL PTPCT

Gli Allegati al PTPCT ne costituiscono parte integrante e sostanziale e sono perciò pubblicati sul sito istituzionale insieme al PTPCT nella apposita sezione “Amministrazione Trasparente”, così come avviene per le eventuali integrazioni e gli aggiornati del PTPCT.

Gli Allegati al PTPCT (2021-2023) sono:

- Allegato 1 - Programmazione degli obiettivi anno 2021
- Allegato 2 - Rete aziendale per la prevenzione della corruzione e promozione della Trasparenza
- Allegato 3 - Mappature processi
- Allegato 4 - Obblighi di pubblicazione su “Amministrazione Trasparente”, dirigenti responsabili e referenti operativi
- Allegato 5 - Commissione per la valutazione dei conflitti di interessi (COVACI) – attività 2020
- Allegato 6 - Report attività formativa