



## SOMMARIO

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>1</b>  | <b>INTRODUZIONE .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>2</b>  | <b>OBIETTIVI GENERALI .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>3</b>  | <b>ACRONIMI .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>4</b>  | <b>DOCUMENTI INTEGRATIVI .....</b>  | <b>4</b>  |
| 4.1       | Analisi del contesto esterno .....  | 4         |
| 4.2       | Analisi del contesto interno .....  | 6         |
| <b>5</b>  | <b>AMBITO DI APPLICAZIONE DEL PIANO .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>6</b>  | <b>ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER L'ATTUAZIONE DELLA POLITICA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....</b> | <b>7</b>  |
| 6.1       | Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione e Trasparenza .....                           | 8         |
| <b>7</b>  | <b>PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>8</b>  | <b>LA MAPPATURA DEI PROCESSI/PROCEDIMENTI DI OGNI AREA AZIENDALE .....</b>                            | <b>9</b>  |
| <b>9</b>  | <b>GESTIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSI .....</b>  | <b>10</b> |
| <b>10</b> | <b>TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI (C.D. <i>WHISTLEBLOWER</i>)</b>                    | <b>11</b> |
| <b>11</b> | <b>LA FORMAZIONE .....</b>  | <b>11</b> |
| <b>12</b> | <b>CONVENZIONE PER CONSULENZA /FORMAZIONE/TRAINING IN AMBITO FORMATIVO .....</b>                      | <b>13</b> |
| <b>13</b> | <b>ROTAZIONE DEL PERSONALE .....</b>  | <b>13</b> |
| <b>14</b> | <b>COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE <i>PERFORMANCE</i> .....</b>                                       | <b>14</b> |
| <b>15</b> | <b>PROCESSI AZIENDALI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE (MISURE ULTERIORI).....</b>        | <b>14</b> |



|             |  |           |
|-------------|--|-----------|
| <b>15.1</b> | <b>Informatizzazione e dematerializzazione dei processi .....</b>  | <b>15</b> |
| <b>15.2</b> | <b>Gestione delle liste di attesa e ottimizzazione della programmazione chirurgica e dei servizi erogati .....</b> | <b>16</b> |
| <b>15.3</b> | <b>Nuova gestione dei processi di interfaccia con l'utente .....</b>   | <b>16</b> |
| <b>15.4</b> | <b>Gestione stragiudiziale sinistri.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>15.5</b> | <b>Innovazione e sviluppo.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>15.6</b> | <b>Collegamento con gli Organi di controllo .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>15.7</b> | <b>Informazione Medico-scientifica .....</b>   | <b>18</b> |
| <b>16</b>   | <b>LE RESPONSABILITÀ' .....</b>  | <b>19</b> |
| <b>17</b>   | <b>CONTROLLI INTERNI .....</b>   | <b>19</b> |
| <b>18</b>   | <b>IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>18.1</b> | <b>Procedimento di attuazione del programma e relativa attività di monitoraggio .....</b>                          | <b>21</b> |
| <b>18.2</b> | <b>Pubblicazione dei dati relativi al monitoraggio dei tempi delle liste d'attesa e dei servizi erogati.....</b>   | <b>21</b> |
| <b>18.3</b> | <b>Giornata della Trasparenza e rapporti con il cittadino/utente .....</b>   | <b>23</b> |
| <b>19</b>   | <b>ALLEGATI AL PIANO.....</b>  | <b>24</b> |

Gruppo di redazione - Simona Orsi (Responsabile per la prevenzione della corruzione trasparenza e integrità) e :  
Manuela Benelli (Accreditamento Qualità e Risk Management)

|              | NOME            | FUNZIONE   | DATA                           | FIRMA                |
|--------------|-----------------|--|--------------------------------|----------------------|
| REDAZIONE    | Simona Orsi     | Resp. Prev. Corruz. Trasp. e Integrità           | 06/042017                      | Firmato in originale |
| VERIFICA     | Manuela Benelli | U.O. Accreditamento Qualità<br>e Risk Management | 06/04/2017                     | Firmato in originale |
| APPROVAZIONE | Monica Calamai  | Direttore Generale                               | Prov. to dal DG<br>n. 213/2017 |                      |



## 1 Introduzione

Nelle pagine che seguono sono riportati gli aggiornamenti al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza relativo al triennio 2017-2019.

L'adozione definitiva del Piano farà seguito all'attivazione di una procedura di consultazione "aperta" che ha lo scopo di poter rilevare e valutare le osservazioni eventualmente rappresentate dagli *stakeholders* interni ed esterni.

Il presente Piano, potrà essere visionato sul sito [www.aou-careggi.toscana.it](http://www.aou-careggi.toscana.it)

## 2 Obiettivi generali

Gli obiettivi generali che si pone il Piano sono:

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

In tale prospettiva il presente documento intende rendere progressivamente più efficace il percorso di analisi dei processi di attività aziendali iniziato nel 2014, anche seguendo le nuove linee di indirizzo dettate da ANAC, rispettivamente nell'aggiornamento 2015 al PNA 2013 (determina ANAC n. 12/2015) e nel nuovo PNA 2016 (delibera ANAC n. 833/2016).

## 3 Acronimi

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

SPP Servizio prevenzione e protezione

#### 4 Documenti integrativi

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

- D/903/115 “Codice etico e di comportamento aziendale”
- D/903/131 “Patto d’integrità/Protocollo di legalità” – bandi di gara
- D/903/“Patto d’integrità/Protocollo di legalità” – rapporto con soggetto privato
- D/903/132 “Indirizzi aziendali per la Rotazione dei dipendenti operanti in aree a rischio di corruzione”
- P/903/151 “Procedura di segnalazione di illeciti ed irregolarità (*whistleblowing policy*)”
- Relazione di fine anno RPCT
- Piano annuale di formazione – PAF, per la parte di interesse
- Piano delle performance

**Analisi del contesto:** il concetto di “corruzione “ è qui considerato in senso lato; l’oggetto di analisi riguarda infatti tutte le azioni che possano concretizzare ipotesi di reato fino ad arrivare alla c.d. *maladministration*, comprensiva delle varie situazioni in cui si riscontri l’abuso da parte di un soggetto pubblico del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

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

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

Vedi anche il [Piano delle Performance](#) (paragrafo 3)

##### 4.1 Analisi del contesto esterno

La presenza e l’impatto della criminalità in un dato territorio rientrano tra gli indicatori che devono essere considerati quando si intenda valutare lo stato di benessere sociale ed economico di una comunità o di un territorio.

Al fine di meglio inquadrare il contesto toscano riportiamo di seguito alcuni dati ed informazioni provenienti dalla banca dati delle Forze dell’Ordine (cfr. Ministero dell’Interno)<sup>1</sup>.

Sia in Italia che in Toscana l’andamento del numero complessivo di delitti denunciati, rispetto alla popolazione, dagli anni ‘90 ad oggi, è in lenta progressione pur con oscillazioni periodiche. Questo trend è correlato all’aumento dei reati contro il patrimonio.

<sup>1</sup> I dati usati per l’analisi sono state fornite dalla Prefettura di Firenze con un estrazione di dati consolidati dallo SDI, la banca dati delle Forze dell’Ordine presso il Ministero dell’Interno. I dati concernono i delitti denunciati dalle Forze dell’Ordine alla magistratura, commessi in Toscana nel corso dell’anno 2015. Per gli anni precedenti i dati dei delitti denunciati per l’Italia e la Toscana sono stati estratti dai volumi pubblicati (per gli anni meno recenti) e dalla banca dati online Istat, che raccoglie le statistiche prodotte dall’Istituto Nazionale di Statistica. I dati sulla percezione della sicurezza da parte dei cittadini derivano dall’Indagine campionaria Istat 2014 “Aspetti della vita quotidiana”. Le elaborazioni sia dei dati della Prefettura di Firenze sia dei dati Istat sono state curate dalla Regione Toscana. Le serie storiche sono state aggiornate sulla base di precedenti analisi svolte a cura della Regione Toscana. Tali dati sono stati presentati dall’Osservatorio Sociale della Regione Toscana.

Negli anni '90 il tasso di delitti in Toscana è rimasto costantemente più basso della media italiana; la situazione si è invertita a partire dal 2002; da allora la delittuosità in Toscana è risultata sempre superiore alla media italiana. La Toscana fa parte del gruppo di regioni del Centro-Nord con la maggiore incidenza dei delitti denunciati insieme ad Emilia Romagna e Lazio; in generale la diffusione dei reati sembra seguire la stessa geografia dello sviluppo economico e sociale: più sviluppo, più reati.

Il tasso dei delitti denunciati si riduce passando dal nord al sud della Toscana. Le province con i valori più alti: Firenze, Prato e Lucca. Seguono le province di Livorno e Pisa; un po' più indietro ancora Massa-Carrara e Pistoia. Le province più protette sono quelle di Grosseto, Arezzo e Siena. Le differenze tra i territori sono legate anche ai livelli di esposizione a un tipo di reato piuttosto che ad un altro.

La percezione delle famiglie toscane del rischio criminalità nella zona in cui vivono è in miglioramento. Intervenendo in un convegno sul tema della sicurezza promosso dalla Regione Toscana, il Prefetto di Firenze, ha segnalato che i primi dati del 2016, anche se si tratta di dati provvisori, fanno registrare un decremento complessivo dell'8% dei reati contro la persona e contro il patrimonio, a conferma di un trend in costante decrescita dal 2013 ad oggi. Si veda anche i [report annuali sullo stato della sicurezza in Regione Toscana](#).

Gli eventi derivanti dal contesto esterno possono influire direttamente o indirettamente anche sull'operato aziendale con particolare riferimento alle attività, riconducibili ai diversi portatori di interessi privati, che siano in contrasto con la legge, i regolamenti, le procedure, il codice etico e di comportamento, nonché il codice deontologico o risultare comunque inopportune rispetto alle funzioni assicurate dall'AOUC quale ente pubblico.

Per prevenire ciò e ricondurre il rapporto tra soggetti esterni ed Azienda entro percorsi corretti sono già state adottate alcune **misure specifiche** quali:

- 1 il regolamento sull'informazione medico-scientifica e l'attività degli *specialist* di prodotto (2015);
- 2 il regolamento sugli incarichi extra-istituzionali (2016);
- 3 specifici accordi tra Azienda e soggetti privati esterni per le attività di consulenza, formazione *training* in ambito formativo che coinvolgono professionisti aziendali (2014/16) dove il rapporto è tenuto direttamente dall'Azienda;
- 4 stipula dei patti di integrità/protocolli di legalità che impegnano i fornitori/*sponsor* nella loro sottoscrizione;
- 5 costituzione di un *clinical trial center (CTC)* quale supporto alle sperimentazioni cliniche, profit e no-profit, per quanto concerne in particolare le attività tecnico-amministrative, anche ai fini di garantire la trasparenza dei rapporti con gli sponsor ed i finanziatori esterni nell'ambito della ricerca (2016);
- 6 procedura per regolamentare l'attività formativa sponsorizzata, in attesa delle nuove indicazioni del gruppo di lavoro regionale (2016);
- 7 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 (2015);
- 8 percorsi formativi per il personale, comprensivi anche degli aspetti etici e di quelli legati ai rapporti con l'esterno ed in particolare con il mondo economico (2014/16);
- 9 specifici organismi per la gestione dei conflitti di interessi ed incompatibilità rispetto alle attività extra-istituzionali dei professionisti-Commissione Valutazione Conflitto Interesse COVACI(2016) ed il Servizio Ispettivo (2016).
- 10 attribuzione di obiettivi di budget alle strutture legati alle tematiche della trasparenza e anticorruzione con relativi indicatori

Rispetto a quanto indicato nei precedenti punti 8-9, è un dato acquisito quello per cui il conflitto di interessi, quale fenomeno particolarmente condizionante il SSN, è elemento che, alimentando a vari livelli comportamenti dannosi per la collettività, può minare l'integrità ed il corretto funzionamento del sistema. Altro rapporto "complesso" presente nel mondo sanitario è quello tra professionisti e Società Scientifiche quali organismi che, attraverso la definizione di standard clinico-assistenziali e l'orientamento dei

comportamenti professionali, spesso soggetti a logiche suggerite da interessi commerciali, rendono possibile lo sviluppo di dinamiche fortemente condizionanti l'erogazione dei servizi.

Questo settore di interesse sarà comunque oggetto di una nuova analisi successivamente alla prossima approvazione della legge sulla responsabilità sanitaria che vede quale momento essenziale del suo impianto la partecipazione delle società scientifiche nella elaborazione delle Linee Guida modificandone così la valenza, il ruolo e la funzione.

Anche rispetto alle attività delle Associazioni di volontariato, di cui al precedente punto 7, è venuta ad affermarsi una loro forte connotazione "politica" disgiunta dalla funzione sussidiaria loro propria.

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

I rapporti con tali organismi saranno comunque analizzati dall'Azienda all'interno del **Progetto di mappatura delle aree di rischio specifico** che partirà nel corso di quest'anno (allegato A3, al presente Piano a costituirne parte integrante e sostanziale).

Nel corso del 2016 l'Azienda ha affrontato la gestione del conflitto di interessi utilizzando soluzioni di carattere culturale (formazione) e procedurale (regolamenti, soluzioni organizzative e procedure), che assicurino la maggior trasparenza ed evidenza possibile alle relazioni o comunque alle circostanze nelle quali è possibile un potenziale condizionamento dell'interesse pubblico.

#### **4.2 Analisi del contesto interno**

L'AOUC garantisce lo svolgimento dei compiti istituzionali attraverso la propria struttura organizzativa; è utile pertanto considerare nel presente documento l'organigramma aziendale:

Si veda anche l'[organigramma](#).

La *mission* aziendale si riassume nel raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, definita questa come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale, in un processo che includa in modo inscindibile la didattica, come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione e la ricerca, volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche e biomediche a livello nazionale e sovranazionale.

Si veda anche lo [Statuto aziendale](#).

L'analisi elaborata a partire dal 2014 sui propri processi produttivi ha comunque evidenziato alcune **criticità interne** così rappresentabili:

- 1 una generalizzata difficoltà, in un momento di evidente crisi economico-finanziaria, a reperire risorse specifiche da destinare a processi di miglioramento; tale fenomeno obbliga l'Azienda a rivolgere i propri sforzi verso continue azioni di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento dei percorsi assistenziali e di cura che devono comunque tenere conto delle indicazioni nazionali di *spending review* ed invarianza finanziaria;
- 2 la lenta affermazione, all'interno della P.A. in genere, di una cultura della trasparenza, eticità e correttezza dell'agire professionale;
- 3 la difficoltà di allineamento tra l'ordinamento giuridico universitario e quello aziendale: il personale è infatti diversamente regolamentato e ciò comporta di dover concordare, come è stato fatto, regole comuni a carattere trasversale tali da poter trovare applicazione in entrambi gli ordinamenti integrati;
- 4 la difficoltà di parte del personale ad adattarsi tempestivamente ai processi di innovazione e cambiamento organizzativo richiesti dalla normativa in esame anche in rapporto ai modelli di funzionamento esistenti in azienda e nella regione;
- 5 la resistenza a processi di affermazione di sistemi di responsabilizzazione/valorizzazione/valutazione dei singoli dipendenti, con conseguente ridefinizione di ruoli e responsabilità.



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

## 5 Ambito di applicazione del Piano

Il Piano si applica a:

- tutti i dipendenti dell'Azienda appartenenti all'area del comparto ed alle aree della dirigenza sanitaria e SPTA con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, anche in posizione di comando o assimilata;
- personale universitario in afferenza assistenziale, (sia che si tratti di personale in regime di diritto pubblico, sia che si tratti di personale contrattualizzato) nello svolgimento delle attività inerenti l'assistenza sanitaria, stante l'inserimento nell'organizzazione aziendale;
- coloro che, direttamente o indirettamente, stabilmente o temporaneamente, instaurano rapporti o relazioni con l'Azienda ed operano per perseguirne gli obiettivi, quali i collaboratori, i consulenti, i tirocinanti, gli specializzandi ed i frequentatori con qualsiasi tipologia di contratto o incarico ed a qualsiasi titolo, nonché i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi, o che realizzano opere in favore dell'Azienda, per quanto compatibile.

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

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

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

- **Direzione aziendale:** riveste il ruolo determinante di guida nell'attuazione della politica di prevenzione della corruzione, fornendo le linee strategiche e condividendo le proposte avanzate dal Responsabile attraverso il sostegno organizzativo e la messa a disposizione di risorse finalizzate.
- **Responsabile per la prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità (RPCT):** propone il PTPCT alla Direzione aziendale per la sua adozione, verificandone di seguito l'efficace attuazione e la sua idoneità e presentando eventuali proposte di modifica. Il RPCT controlla l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, verificandone la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, segnalando al Direttore Generale, all'OIV, all'ANAC e, nei casi più gravi, all'UPD, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione delle diverse responsabilità.
- **Dirigenti responsabili delle strutture aziendali:** concorrono con il RPCT e la Direzione alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione ed a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti che afferiscono alla struttura cui sono preposti; partecipano attivamente all'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, pertanto dovranno attivare e garantire flussi informativi obbligatori per l'implementazione del sito "Amministrazione Trasparente" e sono direttamente responsabili, per la propria parte, della correttezza del dato inviato, del rispetto dei termini per l'invio e della tenuta del corretto aggiornamento.

- **Referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza** (Allegato 2), di seguito i Referenti): collaborano funzionalmente con il RPCT ed il Dirigente della struttura cui afferiscono, svolgendo attività di supporto all'implementazione delle singole misure di prevenzione previste nel PTPCT, informando il RPCT ed il Dirigente di eventuali inosservanze rilevate. I Referenti sono anche investiti della parte relativa agli obblighi di trasparenza e pertanto dovranno attivarsi in stretta collaborazione con il Dirigente.
- **Responsabili Sanitari di Dipartimento (RSD) e i Clinical Risk Manager (CRM)** (Allegato 2), che presidiano per l'ambito di specifica competenza, i fenomeni di *maladministration* in collaborazione con i Direttori DAI ed i Referenti per la prevenzione della corruzione assegnati ai dipartimenti;
- **Operatori dell'Azienda:** partecipano al processo di gestione del rischio; osservano le misure contenute nel presente PTPCT e nel Codice etico e di comportamento ed in tutti i documenti integrativi; segnalano i casi di illecito e di conflitto di interessi rilevati.
- **Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda:** osservano le misure contenute nel presente PTPCT, nel Codice etico e di Comportamento ed in tutti i documenti integrativi, segnalando le situazioni di illecito rilevate.
- **Organismo di Supporto alle funzioni del RPCT:** organismo previsto dal PNA che deve essere istituito da parte della Direzione aziendale per costituire sede di analisi, proposta, monitoraggio delle attività aziendali in relazione alle problematiche in materia di anticorruzione e trasparenza. E' sede privilegiata di elaborazione degli indirizzi della Direzione ed è coordinato dal RPCT; tale organismo potrà svolgere funzioni ulteriori collegate all'attività di prevenzione della corruzione come quelle a supporto dell'antiriciclaggio e per prevenire il finanziamento al terrorismo o quelle a supporto della gestione delle incompatibilità e conflitti di interesse o dei controlli interni. Attualmente l'AOU Careggi garantisce le funzioni attraverso la rete collaborativa e funzionale coordinata professionalmente dal RPCT operante in una Unità Operativa di Staff. Si prevede di attivare, nel 2017, un supporto maggiormente dedicato alla funzione.

### 6.1 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 ed integrità di cui alla L. n. 190/2012 e successivi decreti attuativi.

Le funzioni di coordinamento promosse del Gruppo sono quelle di:

- mappare e gestire i rischi di corruzione nella loro dimensione effettiva e non solo locale ed 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.

A tale Gruppo partecipano insieme alle Aziende/enti del sistema sanitario toscano ARS (in particolare l'Osservatorio per la Qualità e l'Equità), ESTAR (in particolare la UOc *Audit e Compliance*), il Centro di riferimento regionale criticità relazionali e FORMAS (Centro di formazione regionale), allo scopo di far fronte a tali sfide, costituendo un valido supporto per l'avvio del citato processo di coordinamento.



## 7 Processo di gestione del rischio di corruzione

Il presente PTPCT vuole evidenziare progressivamente tutte le aree di attività aziendali **oggetto di mappature del rischio**, nonché **le azioni e gli strumenti** necessari per **prevenire quello medio/alto**, stabilendo le priorità di trattazione. Il **processo di gestione del rischio** è un processo circolare che comprende:

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

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

A seguire dalle esperienze degli anni passati (2014: mappatura dell'Area Tecnica ed Amministrativa; 2015: mappatura dei processi dell'Area di Staff della Direzione aziendale; 2016: elaborazione di un progetto di mappatura delle aree di rischio specifiche insieme ad ARS ed "Illuminimoalasalute"), il corrente anno, vedrà quale ambito prioritario di interesse e col coinvolgimento diretto dei professionisti e della UO Accreditamento Qualità e RM:

- a. la mappatura delle aree di **rischio specifico (sanitarie)**;
- b. un approfondimento di **analisi delle aree di rischio obbligatorio e generale (area tecnico-amministrativa e staff) emerse a rischio medio/alto**, o comunque in cui si siano verificate nel corso di questi anni situazioni di mala amministrazione portate all'attenzione del RPCT, allo scopo di valutare l'efficacia delle misure di contenimento adottate dai dirigenti interessati e prevedere comunque azioni di miglioramento.

Dalle attività fino ad oggi svolte nei *focus group* attivati sono **emerse due esigenze generali e comuni** a tutti gli ambiti quali:

- a. l'indispensabile correlazione tra prevenzione del rischio e miglioramento organizzativo dei processi oggetto di analisi. In tutti gli incontri svolti sul tema è emersa, al di là della presenza o meno del rischio di corruzione, la necessità di implementare l'efficienza dell'organizzazione delle attività aziendali.
- b. la necessità di implementare l'informatizzazione e la dematerializzazione dei processi aziendali che sta già portando, in maniera incrementale, e compatibilmente con le risorse economiche a disposizione, ad una revisione dei percorsi, sia tecnico-amministrativi che sanitari, favorendone la tracciabilità, la verificabilità e l'efficienza.

## 8 La mappatura dei processi/procedimenti di ogni area aziendale

La valutazione delle aree e dei processi/procedimenti a rischio delle aree obbligatorie e generali (aree tecnico-amministrative) è stata effettuata considerando la metodologia di analisi proposta dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2013), che prevedeva la somministrazione di uno specifico questionario dal quale, attraverso un sistema alfa numerico, era possibile rilevare il grado di rischio .



E' stata adottata una metodologia di mappatura e valutazione che, non limitandosi ai soli processi afferenti alle "Aree di rischio obbligatorie e generali" indicate dal PNA, ha preso in esame anche ulteriori processi amministrativi e tecnici suggeriti dai vari responsabili di struttura, cogliendo così l'occasione per andare a meglio distinguere i procedimenti amministrativi dalle attività che non possono essere considerate tali.

I processi e procedimenti così evidenziati sono stati analizzati predisponendo una griglia di indicatori da verificare in base ad una *check-list* predefinita; l'impianto analitico è stato concordato con le altre Aziende sanitarie ed ospedaliere di Area Vasta Centro.

Si è inoltre deciso di integrare i risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario con un'analisi della percezione del rischio nelle diverse aree, condotta attraverso colloqui diretti con gli interessati, allo scopo di meglio calare i quesiti generici nella specificità del contesto analizzato. Alla mappatura dei rischi ha fornito supporto la UO Accreditamento Qualità e *Risk management*. In queste aree (Area Tecnica Amministrativa e Staff), anche sulla base dei risultati emersi, la Direzione ha programmato, nel prossimo biennio, l'attivazione progressiva di un percorso di certificazione al cui interno potranno trovare sede anche importanti aspetti sostanziali e metodologici inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza.

I processi delle aree specifiche che saranno progressivamente analizzati a decorrere dal 2017, con il Progetto indicato al punto ....., vedranno ancora il supporto della UO Accreditamento Qualità e *Risk Management* (processi che saranno progressivamente analizzati sono rilevabili in **allegato 3**).

Nel 2017, l'analisi partirà, come "aree di rischio specifiche", dai processi inerenti le attività che prevedono un rapporto con i soggetti **privati esterni**, la cui analisi è cominciata già in parte nel 2015/16.

In accordo con la Direzione per il 2016 erano già state previste, tra gli obiettivi organizzativi ed individuali di alcune strutture operanti nelle aree di rischio specifiche, una serie di misure di prevenzione delle corruzione consigliate dalla determina n. 12/2015 di ANAC o ritenute necessarie anche a seguito di indagini penali per corruzione che hanno coinvolto alcuni professionisti aziendali; per il 2017 verrà seguita tale modalità di attribuzione di misure di prevenzione della corruzione. A decorrere dal prossimo anno saranno invece rilevabili misure connesse alle valutazioni scaturite dal "Progetto" in via di attuazione nel corrente anno. Tutti le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza sono diventate per i professionisti interessati obiettivi di valutazione organizzativa ed individuale già dal 2015, rilevabili dalle schede di budget.

## **9 Gestione dei conflitti di interessi**

Le novità introdotte dalla L. n. 190/2012 e ss.ii.mm., in materia di svolgimento da parte dei dipendenti pubblici di attività interne ed esterne, anche non retribuite, sono volte a rendere più severe le valutazioni che le amministrazioni di appartenenza devono svolgere al fine di appurare l'insussistenza di un qualche conflitto di interessi (anche solo potenziale) nello svolgimento delle proprie attività lavorative e tra quelle e le attività svolte all'esterno dell'Azienda.

L'Azienda con il provvedimento del D.G. n. 149 del 16/03/2016 ha approvato il Protocollo d'Intesa stipulato tra AOUC e UNIFI riguardante le procedure per la valutazione dei possibili conflitti di interesse relativi alle attività extra-impiego dei professori e docenti universitari che svolgono attività assistenziale presso AOUC e insieme ad UNIFI ha costituito una Commissione paritetica per la valutazione dei conflitti di interesse (di seguito COVACI) relativamente a quanto previsto dai regolamenti aziendali e dal citato protocollo d'intesa.

La COVACI è un organismo avente il compito di fornire un supporto tecnico-giuridico ai Direttori/Responsabili delle strutture aziendali (per la maggior parte sanitari) nell'assunzione delle decisioni a loro devolute in materia di verifica delle incompatibilità e dei profili di conflitto di interessi.

Il conflitto di interessi, nelle sue varie accezioni (attuale, potenziale, apparente, diretto o indiretto - vedi ([Codice etico e di comportamento aziendale](#))) è una situazione derivante da una relazione intercorrente tra

un pubblico dipendente ed altri soggetti che possa generare il rischio che un suo interesse privato (finanziario o non) condizioni o possa condizionare gli atti riguardanti un primario interesse istituzionale.

Sul tema è stato reso operativo anche un modulo formativo specifico nel corso FAD che, a decorrere dal 2016, è stato somministrato a tutti i gli operatori. Per lo svolgimento delle proprie attività la COVACI si avvale di un sistema informatizzato a rete, in fase di ulteriore implementazione, che consente di recuperare le informazioni necessarie inserite da tutti gli uffici interni (Amministrazione del Personale, Formazione, Settore servizi esternalizzati, Sperimentazioni cliniche, ...). Nel corso di quest'anno è previsto l'aggiornamento del Protocollo a seguito di quanto emerso in un anno di attività della Commissione e l'adozione di una specifica regolamentazione avente ad oggetto modalità e criteri di funzionamento.

Alla commissione è stata affiancata l'attività del rinnovato Ufficio Ispettivo con il compito in particolare di verificare le incompatibilità ed i cumuli d'impiego dei dipendenti; l'Ufficio collaborerà con quello di UNIFI per il personale universitario in afferenza assistenziale. Quest'anno ne verrà ridefinita composizione e procedura di funzionamento ed i relativi coordinamento con la commissione.

L'acquisizione delle [dichiarazione di interesse e di conflitto di interesse](#) per il personale dipendente, universitario in afferenza assistenziale e con contratti atipici viene seguita dalla UO Amministrazione del personale che si preoccupa della gestione delle relative valutazioni e della modalità di archiviazione della documentazione. E' in corso l'elaborazione di una procedura informatizzata che consentirà di acquisire informaticamente le dichiarazioni di interesse e quelle reddituali e patrimoniali.

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

Nel corso del 2016 è continuata l'attività di sensibilizzazione e formazione tra i dipendenti sui diritti e sugli obblighi relativi alla divulgazione delle segnalazioni di azioni illecite e di *maladministration*, attraverso anche l'apposita procedura interna. A maggiore tutela del segnalante è stato predisposto un [sistema di segnalazione e risposta criptata via web](#) allo scopo di meglio garantire l'anonimato.

Tale sistema di segnalazione è pienamente operativo ed è stato esteso agli utenti esterni approntando le medesime garanzie. Vedi [Relazione annuale del Responsabile per la prevenzione della corruzione](#).

Nel 2017 si prevede di perfezionare il meccanismo di coordinamento tra le varie fasi di segnalazione, presa in carico della stessa, verifica dei fatti ed eventuale attivazione del procedimento disciplinare e\o di segnalazione delle ipotesi di reato strutturando una procedura operativa.

## **11 La Formazione**

La formazione rappresenta, alla luce degli obiettivi generali del PTPCT, lo strumento principe per creare un contesto sfavorevole alla corruzione. L'Azienda ha investito notevoli risorse in formazione fin dalla stesura del primo Piano, nella convinzione che la corruzione, soprattutto quando diviene sistemica, sia, oltre che un comportamento illegale del singolo, anche indicatore di una cultura che, se radicata, mette in pericolo la vita stessa dell'organizzazione.

Sono stati organizzati ad oggi in Azienda i seguenti corsi di formazione su prevenzione della corruzione e trasparenza:

6 corsi nel 2014

7 1 corso nel 2015

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

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

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

Nel 2015 è stato strutturato, in collaborazione con FORMAS (Centro di Formazione Regionale) e la UO Clinica delle Organizzazioni (per la parte di criticità relazionali nei contesti organizzativi), un corso formativo da erogare in modalità FAD in materia di prevenzione della corruzione trasparenza e codice etico e di comportamento; il corso è stato reso disponibile a tutti gli operatori aziendali a partire dal 2016.

Al corso FAD *“Prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità: il codice etico e di comportamento aziendale”*, quale formazione obbligatoria, hanno partecipato tutti gli operatori interni, in particolare:

I ciclo (versione semplificata): iscritti n. 4204, completi al 31 gennaio n. 4049;

II ciclo (rivolto in particolare ai dirigenti ed al comparto con incarico di posizione organizzativa): iscritti n. 1828, completi al 31 gennaio n. 1181

Il corso prevede già per 2017, tra chi non ha ancora sostenuto il corso, n. 110 iscritti al I ciclo e n. 530 al al ciclo II.

| <b>Elenco partecipanti corso FAD divisi per profilo professionale (al 31 gennaio 2017)</b> |               |
|--|---------------|
| <b>Professione</b>   | <b>Numero</b> |
| BIOLOGI  | 88            |
| CHIMICI  | 4             |
| DIETISTE   | 22            |
| FARMACISTI   | 9             |
| FISICI   | 13            |
| FISIOTERAPISTI   | 63            |
| INFERMIERI   | 1984          |
| INFERMIERI PEDIATRICI  | 9             |
| LOGOPEDISTI  | 1             |
| MEDICI   | 804           |
| ODONTOIATRI  | 5             |
| ODONTOTECNICI  | 1             |
| ORTOTTISTI   | 5             |
| OSTETRICHE   | 95            |
| PSICOLOGI  | 3             |
| TECNICO AUDIOMETRISTA  | 3             |
| TECNICO DI LABORATORIO   | 169           |
| TECNICO FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA  | 10            |
| TECNICO NEUROFISIOPATOLOGIA  | 13            |
| TECNICO PREVENZIONE  | 1             |
| TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA   | 165           |
| MEDICI IN FORMAZIONE E ALTRI CONTRATTI   | 270           |
| ALTRO  | 1493          |
| <b>TOTALE</b>  | <b>5230</b>   |

La positiva conclusione dei corsi di formazione FAD in presenza su anticorruzione e trasparenza, insieme ad altre condizioni, è stata elemento di valutazione per le progressioni orizzontali del personale del comparto.



Vedi [Anticorruzione – formazione obbligatoria](#).

Nel 2017 il corso sarà somministrato agli specializzandi ed ai nuovi assunti.

E' convinzione dell'Azienda quella che l'elemento formazione e cultura debba trovare spazio già nelle scuole di formazione/specializzazione del personale sanitario, dove i formatori dovrebbero assumere il primario compito di educare gli studenti all'etica della professione e della ricerca, sia per evitare che abusi del passato abbiano a ripetersi nel presente e nel futuro, sia per stimolare la riflessione sui problemi tuttora aperti.

E' prevista inoltre già a decorrere da quest'anno la progressiva strutturazioni di moduli di aggiornamento.

Nel corso del progetto di mappatura delle aree di rischio specifiche di cui al precedente punto 8 saranno inoltre previsti specifici momenti formativi aventi ad oggetto i processi in corso di analisi.

Sempre nel corso del 2017 verranno inoltre organizzate giornate formative a tema sia sulle novità normative che su specifiche tematiche di approfondimento, inserite nel Piano di Formazione aziendale.

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

In linea con i principi espressi dalla L. n. 190/2012 e successivi decreti attuativi, in particolare il D.Lgs n. 33/2013 e ss.mm.ii, che obbliga a rendere trasparenti le attività delle pubbliche amministrazioni, in particolare con i soggetti privati, quale primario strumento di prevenzione di eventuali fenomeni corruttivi ed il DPR n. 62/2013 che richiede la gestione dei conflitti di interessi dei pubblici dipendenti, l'Azienda adotta uno specifico format di accordo - convenzione in materia di consulenze/formazione/*training* in ambito formativo richieste ai professionisti aziendali da committenti esterni.

La legittimazione di tali accordi con i soggetti privati trova ragione anche nella stessa *mission* dell'Azienda che coniuga la risposta alla domanda di salute inscindibilmente alla didattica, come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze in un continuo progresso delle conoscenze cliniche e biomediche a livello nazionale e sovranazionale. Ad oggi sono state concluse le seguenti convenzioni *training*:

anno 2014 - n. 2

anno 2015 - n. 12

anno 2016 - n. 9

La conclusione della convenzione direttamente con l'Azienda è strumento legittimante le attività rese a favore di terzi privati, non rientranti nella categorie degli incarichi extra-istituzionali di cui all'art. 53 D.Lgs n. 165/2001 e ss.mm.ii e presuppone la pubblicazione sul sito istituzionale di un avviso rivolto a tutti i soggetti esterni che possano essere interessati ad intrattenere rapporti di collaborazione direttamente con la Stessa, anziché coi singoli professionisti. Tale modello di convenzione, adattabile alle varie situazioni, è stato predisposto nell'ottica di rendere trasparente questa tipologia di collaborazioni con l'esterno e disciplinare in modo uniforme e diretto i termini e le modalità di esecuzione, nonché le eventuali condizioni economiche delle prestazioni rese ed i potenziali conflitti di interessi.

Vedi [Consulenza, formazione \*training\* in ambito formativo](#).

## **13 Rotazione del personale**

L'Azienda ha adottato criteri generali per realizzare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità, ivi compreso quello del responsabile del procedimento, operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione (D/903/132 "Indirizzi aziendali per la Rotazione dei dipendenti operanti in aree a rischio di corruzione"). L'applicazione di tali criteri, da implementarsi nel corso del prossimo biennio di valenza del Piano, si sposa comunque con quello dell'efficienza e della continuità dell'azione amministrativa, clinica ed assistenziale ed sarà attuata previa adeguata informazione alle organizzazioni sindacali rappresentative ed in sinergia con le politiche regionali sul tema.



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

Per quanto concerne la rotazione del personale non infungibile, un prima applicazione è avvenuta in Area Tecnica, a seguito di una azione di riorganizzazione.

A seguito della profonda riorganizzazione del Dipartimento delle professioni sanitarie e delle funzioni e processi da esso governati nonché in attuazione del progetto aziendale "Accoglienza" è stato attivato un pesante meccanismo di rotazione di personale delle professioni sanitarie (Aree di attività e a Piattaforme produttive) che ha condotto alla riallocazione di figure professionali in ambiti anche profondamente diversi; in questa logica l'Azienda ha anche inserito figure amministrative, precedentemente dedicate a compiti di front office col pubblico, all'interno di Uffici di Staff o amministrativi di back office.

La rotazione del personale assegnato alle varie strutture organizzative, verrà progressivamente prevista, anche a seguito della mappatura dei processi di attività ancora in corso.

Sarà elaborato negli anni di valenza del Piano, un programma di rotazione nelle aree a maggiore rischio di corruzione, integrato con formazione specifica allo scopo di consentire ai vari professionisti coinvolti un'adeguata riqualificazione professionale.

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

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

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

Le misure di prevenzione della corruzione, indicate in **allegato 1 al presente Piano**, saranno tradotte anche per quest'anno in obiettivi organizzativi ed individuali contenuti nel Piano della *Performance* in corso di redazione, ed assegnati alle strutture ed ai loro dirigenti nell'ambito del percorso di budget dell'anno 2017.

La loro attuazione è uno degli elementi di valutazione del dirigente, ed in prospettiva, del personale non dirigente con incarichi di P.O. A tal fine il Piano della *Performance* comprenderà:

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

Sono in corso di svolgimento momenti di condivisione di tali obiettivi all'interno delle Aree e Dipartimenti aziendali, sia di attività tecnico amministrativa che sanitaria.

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

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

Nello specifico:

### 15.1 Informatizzazione e dematerializzazione dei processi

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

In particolare si è dato seguito alla *Informatizzazione e dematerializzazione dei processi di investimento (- Provvedimento del DG n. 648/2014)*. E' infatti in corso di definizione un progetto di riorganizzazione dell'area tecnica e della gestione dei contratti relativi agli investimenti. I punti essenziali ai fini della riduzione del rischio corruzione sono:

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

Nel corso del 2015/2016 sono stati raggiunti i seguenti obiettivi programmati:

- separazione della gestione dei costi correnti e dei costi di investimenti;
- modifica incarichi di UO in Area Tecnica;
- costituzione di un'apposita struttura organizzativa per il monitoraggio degli ordini e degli adempimenti amministrativi in fase di aggiudicazione ed esecuzione del contratto;
- rotazione del personale assegnato alle varie strutture organizzative;
- costituzione di un ufficio per la gestione del piano investimenti con funzioni di programmazione e analisi scostamenti.

Sono invece ancora in corso di attuazione:

- la realizzazione di percorsi di formazione sul *project management*;
- l'attivazione di un tavolo di monitoraggio degli investimenti a livello di direzione con previsione di incontri mensili strutturati;
- una nuova modalità di definizione del piano investimenti con l'elaborazione di un piano strategico della direzione aziendale.

## 15.2 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 intervento ha lo scopo di consentire:

- un più corretto accesso degli utenti ed un'efficace comunicazione alla Regione di informazioni sulle liste di attesa per ciascun ambito di chirurgia ambulatoriale, ordinaria e *Day Surgery*;
- una corretta gestione delle schede di segnalazione che giungono dai cittadini in lista di attesa tramite *Call Center* regionale. Determinante sarà l'avvio e la configurazione di un nuovo sistema *software* per la gestione informatizzata del percorso chirurgico, che consenta il rispetto delle norme vigenti, la mappatura dei percorsi chirurgici esistenti, la mappatura delle esigenze dei professionisti, la condivisione ed individuazione del percorso chirurgico *standard* aziendale, in un'ottica di trasparenza.
- Miglior gestione delle richieste di informazioni provenienti dall'Autorità giudiziaria e la pubblicazione dei relativi dati sul sito "Amministrazione Trasparente"/Sezione Servizi erogati/Tempi medi dei servizi erogati/Liste d'attesa, ad oggi in corso di implementazione.

## 15.3 Nuova gestione dei processi di interfaccia con l'utente

A settembre 2015 è stato definitivamente approvato (provvedimento DG n. 549/2015) il "Progetto accoglienza in AOUC" di ridefinizione dei processi di interfaccia con l'utente e riorganizzazione delle articolazioni organizzative aziendali coinvolte, dove è previsto un cronoprogramma delle azioni da intraprendere. Le prime azioni realizzate, coerentemente al piano di progetto, sono state l'avvio del centro multi-servizi ed una mappatura puntuale del personale impiegato in funzioni della gestione degli utenti per gli aspetti tecnico amministrativi.

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

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

Nel corso del 2016 sono state sviluppate ulteriori azioni progettuali previste nel cronoprogramma. In particolare:

- Sono stati definite i 7 Servizi Integrati di Padiglione (CTO, DEAS, Piastra, San Luca, Cliniche Mediche e Chirurgiche, Maternità e Presidi Minori); per ognuno di essi è stato definito un responsabile;
- Con Provvedimento del Direttore Generale n. 308 del 19 maggio 2016 è stata condotta la ricognizione del personale amministrativo e del personale delle portinerie; tali risorse sono state assegnate alla UO Comunicazione e con successiva lettera attribuite ai Servizi Integrati di Padiglione;

- Sono stati progettati e realizzati i nuovi punti di accoglienza del CTO e del DEAS, secondo la logica prevista nel Progetto Accoglienza; è stato progettato e approvato il nuovo assetto logistico del Centro Servizi, in previsione della sua realizzazione nel corso del 2017;

- In coerenza con gli obiettivi progettuali, si è proceduto a aprire l'URP nella Hall del NIC 1, con orario continuato dalle 7:30 alle 18:30 dal lunedì al venerdì e dalle 7:30 alle 13:30 il sabato.

- Con Provvedimento del Direttore Generale n. 541 del 29 settembre 2016 sono stati ridefiniti in generale alcuni aspetti legati all'organizzazione dello Staff, che ha integrato nel Progetto Accoglienza la funzione di comunicazione.

#### **15.4 Gestione stragiudiziale sinistri**

Nel corso del 2015 sono state attivate e perfezionate tutte le azioni e le misure di miglioramento previste dal PTPCT 2015/2017, relative alla gestione stragiudiziale dei sinistri, in particolare:

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

#### **15.5 Innovazione e sviluppo**

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

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

Tale attività di valutazione del rischio emerso, di adozione delle misure e di successivo monitoraggio, verrà portata avanti nel 2018 con la UO Accreditamento Qualità e RM insieme ai Dirigenti interessati alle attività oggetto di analisi. L'intento è la riorganizzazione del processo di valutazione (attraverso le metodiche proprie del processo HTA sviluppato grazie al supporto del gruppo Lasth – Università degli Studi di Firenze), di richiesta di acquisto e monitoraggio delle tecnologie sanitarie, nonché la prosecuzione ed il rafforzamento del percorso di sviluppo di strumenti digitali di informazione e servizi a favore dell'utenza (*wi-fi free*, Totem, App per *smart phone* e *tablet* -progetto generale Careggi Smart Hospital). La *Health Technology Assessment* (HTA), quale metodo di valutazione multidisciplinare, economica, etica, scientifica, organizzativa e sociologica delle tecnologie mediche in campo sanitario, in particolare contribuisce a far sì che la conoscenza esplicita non incontri difficoltà a penetrare tra le abitudini e la prassi della comunità scientifica, attraverso valutazioni oggettive e l'utilizzo di metodiche standardizzate. Con il termine tecnologie

mediche si fa sostanzialmente riferimento a cinque macro-aree: farmaci, dispositivi medici, procedure (mediche e chirurgiche) terapeutiche, di diagnosi e prevenzione, sistemi di supporto, sistemi di organizzazione e gestione.

Anche a seguito di quanto descritto, nel corso del 2015 è stata ufficializzata la Procedura per l'introduzione di tecnologie sanitarie in azienda (P/903/150) per la valutazione e l'introduzione delle tecnologie sanitarie all'interno dell'AOUC-Careggi.

Nel corso del 2018 sarà inoltre prevista una analisi più approfondita dei processi di introduzione delle tecnologie in Azienda che vedrà coinvolta anche la UO Accreditamento Qualità e RM:

### 15.6 Collegamento con gli Organi di controllo

Nel corso del 2015 è stato realizzato un collegamento tra il RPCT e gli organi di controllo interno, in particolare 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 anche per problematiche inerenti fenomeni di corruzione o di *maladministration*. La segreteria del Collegio partecipa al RPCT le risposte delle strutture aziendali alle osservazioni o ne comunica la mancata risposta, o il mancato accoglimento.
- **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 ed individuali, inerenti la politica di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale da parte dei dipendenti, ai fini della valutazione delle performance.
- **L'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD)** che propone l'aggiornamento del Codice di comportamento e ne garantisce il rispetto, sulla base dell'attività disciplinare esercitata. Prende in carico eventuali segnalazioni del RPCT per la parte di competenza; è prevista, nel corrente anno, la definizione di una procedura operativa strutturata.

### 15.7 Informazione Medico-scientifica

In AOUC è stato adottato il Regolamento per l'informazione Medico-Scientifica e per l'accesso degli *Specialist* in Azienda al fine di:

- garantire un'informazione adeguata, coerente ed appropriata diffusa a tutti gli operatori interessati, basata sulle evidenze e sulla trasparenza;
- regolare l'accesso in ambiti di diagnosi e cura in riferimento ad 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;
- adottare comportamenti sicuri ed eticamente corretti a tutela dei pazienti e degli operatori coinvolti;
- gestire gli eventuali conflitti di interesse 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 Farmacia, il Servizio Prevenzione e Protezione, la UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera e la Fisica Sanitaria.



## 16 Le responsabilità

Sono identificabili quattro tipologie di responsabilità principali:

- a) La **responsabilità del Direttore Generale**. Sono previste le nuove sanzioni di cui all'art. 19, co. 5, lett. b) del d.l. 90/2014) in caso di mancata «adozione dei Piani di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza o dei codici di comportamento». Al riguardo si rinvia anche al «Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento» del 9 settembre 2014, in cui sono identificate le fattispecie relative alla "omessa adozione" del PTPC, del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) o dei Codici di comportamento, a cui equivale la mancanza di elementi minimi.
- b) La **responsabilità del Responsabile per la prevenzione della corruzione trasparenza**. Tale responsabilità è prevista per il caso di mancata predisposizione del Piano e di mancata adozione delle misure per la selezione e la formazione dei dipendenti. Nel caso in cui all'interno dell'Azienda vi sia una condanna per un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato, è prevista una responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa, oltre che per il danno erariale ed all'immagine, salvo che il Responsabile provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza. È esclusa la responsabilità ove l'inadempimento degli obblighi, sia "dipeso da causa a lui non imputabile".
- c) La **responsabilità dei dirigenti**. L'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012 e ss.mm.ii. stabilisce inoltre che la mancata o incompleta pubblicazione da parte dell'Azienda delle informazioni di cui al comma 31, va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs n. 165/2001 ed eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti obbligatori sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del relativo servizio.
- d) La **responsabilità di tutti gli operatori interni** per violazione delle misure di prevenzione. Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione e trasparenza, previste nel presente documento e adottate dall'Azienda, devono essere comunque rispettate da tutti i dipendenti e da tutti i operatori che svolgono attività presso la Stessa; la loro violazione potrebbe costituire illecito disciplinare.

A riguardo si veda anche il nuovo regolamento di ANAC in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'art. 47 del D.Lgs n. 33/2013 e ss.mm.ii., approvato in data 16 novembre 2016.

## 17 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 e funzionanti i meccanismi di controllo interno previsti dalla vigente normativa:

- il controllo di regolarità amministrativa e contabile garantito dal Collegio sindacale;
- il controllo sulle attività extra impiego svolto dal Servizio Ispettivo;
- il controllo strategico garantito dall'O.I.V. sulle performance;
- il controllo di gestione governato dalla UOc Controllo Direzionale
- Il controllo di qualità

L'Azienda, nel corso del triennio di valenza del Piano, prevede di integrare tali processi interni con una ulteriore e diversa forma di controllo correlata alla prevenzione della corruzione ed affermazione della trasparenza quali ambiti di attività propri del RPTC.



Già nel corso del 2016, con l'istituzione della Commissione per la valutazione dei conflitti di interesse (COVACI) si è iniziato a strutturare un controllo sulle attività dei professionisti che possono generare conflitti di interesse con le attività istituzionali. In sinergia con la COVACI, pur se per aspetti tecnicamente diversi, opererà l'Ufficio Ispettivo, di rinnovata istituzione, che si potrà attivare anche su segnalazione della stessa commissione. E' previsto come obiettivo per il 2017 quello di andare a strutturare un sistema di controllo sulle attività convenzionate che vede coinvolte varie funzioni aziendali insieme al RPCT tra cui il controllo direzionale, la contabilità generale e finanza e i referenti amministrativi inseriti nei vari dipartimenti sanitari.

E' in progressivo sviluppo il rapporto del RPCT e gli organi di controllo interno, rispettivamente in merito al controllo sugli atti aziendale (Collegio Sindacale) e sugli obiettivi di budget (OIV).

Una delle misure di prevenzione del rischio di corruzione riguarda comunque già il monitoraggio dell'attività di controllo posta in essere dai vari servizi aziendali, costituente la verifica di primo livello.

Ogni dirigente ha infatti la responsabilità di controllare le attività che vengono svolte all'interno dei propri uffici o che gli sono specificatamente affidate.

Insita nella responsabilità del controllo è la messa in atto di azioni conseguenti per il superamento di situazioni riscontrate non conformi. Si affiancano a queste attività anche i controlli di secondo livello portati avanti dagli organi deputati che, coordinandosi col RPCT per la parte di competenza, consentono di costituire un sistema di monitoraggio aziendale a rete. Sarà compito dell'Azienda già a partire dal 2017 strutturare un sistema più organico di tali controlli.

Dovrà infine essere meglio definito il coordinamento tra RPCT e sistema aziendale di *internal auditing*.

## **18 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 delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini. Con il D.Lgs. n. 97/2016 è stato ulteriormente rafforzato il concetto di trasparenza delle pubbliche amministrazioni, che viene intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e 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. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, 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.

Il decreto sulla trasparenza introduce anche in Italia il *Freedom Information Act* (FOIA), che consente ai chiunque di richiedere anche dati e documenti che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare, salva specifiche eccezioni ivi previste.

Nel corso di quest'anno l'Azienda è impegnata a ricostruire il modello organizzativo interno (che farà capo all'Ufficio URP) e ad aggiornare la regolamentazione delle varie tipologie di accesso disciplinate rispettivamente dalla L. n. 241/1990 e dal D.Lgs n. 33/2013 come aggiornato dal D.Lgs n. 97/2016.

Gli adempimenti di trasparenza sul sito istituzionale previsti in dal D.Lgs. n. 33/2013, sono in continuo aggiornamento anche rispetto alle novità introdotte dal D.Lgs n. 97/2016 ed alle linee guida dell'ANAC «*Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016*», seguendo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione.

## 18.1 Procedimento di attuazione del programma e relativa attività di monitoraggio

Per ciascun obbligo di pubblicità è stato individuato (Allegato 3) il relativo dirigente responsabile, identificato sulla base delle rispettive competenze. I dirigenti potranno servirsi del supporto dei Riferimenti, ivi previsti e del Referente per la pubblicazione dei dati sul sito “Amministrazione Trasparente”, secondo le rispettive competenze. Le modalità di gestione dei dati sono affidate al dirigente responsabile delle singole strutture di produzione. La correttezza, completezza ed aggiornamento delle informazioni riportate sul sito è sempre affidata alla responsabilità di ciascuna delle strutture produttrici dei dati.

Come espressamente previsto dall’art. 43 del D. Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., i dirigenti responsabili di struttura garantiranno 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, dovranno essere oggetto di monitoraggio da parte dei dirigenti responsabili sui singoli adempimenti e dei loro Riferimenti; il RPCT coadiuvato dal Referente per la pubblicazione dei dati sul sito “Amministrazione Trasparente”, farà i necessari controlli sullo stato di manutenzione del sito da parte dei diretti responsabili.

Il RPCT si occuperà del monitoraggio annuale dello stato di avanzamento del Piano: sono previsti due momenti di controllo (di regola semestrale) in cui il RPCT ed il Referente per la pubblicazione dei dati verificano e sollecitano i dirigenti eventualmente interessati al relativo adempimento ed aggiornamento. Lo stato di attuazione ed aggiornamento del sito è pubblicato annualmente attraverso la griglia di attestazione elaborata in collaborazione con l’OIV, quale prospetto riepilogativo.

L’UPD nell’aggiornamento dei codici disciplinari dovrà valutare anche gli obblighi di segnalazione di cui all’art. 43, comma 5, del D. Lgs n. 33/13 e ss.mm.ii., ai fini dell’eventuale attivazione del procedimento disciplinare e di quanto nello specifico previsto dalla regolamentazione ANAC (in particolare delibera n. 10/2015).

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

La UO Direzione Operativa in collaborazione con le strutture Igiene e organizzazione ospedaliera, Monitoraggio Performances Sanitarie, Supporto al governo della offerta ambulatoriale aziendale, secondo un calendario condiviso con la Direzione aziendale, svilupperà in modo implementare una modalità di pubblicazione dei dati relativi al monitoraggio dei tempi delle liste d’attesa e dei servizi erogati sul sito istituzionale sezione “Amministrazione Trasparente”, secondo quanto richiesto dalla recente normativa (in particolare Art. 41, co. 6). In particolare:

### I. Liste di attesa chirurgiche

Sarà prevista la pubblicazione ogni 6 mesi (da portare a 3 mesi entro la fine dell’anno) 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

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

Questi dati aggregati danno una rappresentazione retrospettiva, a consuntivo, e riportano per ciascuna prestazione ambulatoriale monitorata: il numero di prestazioni complessivamente erogato nell’anno

2015/16 attraverso i sistemi di prenotazione generanti il flusso TAT, il numero di prenotazioni con la prima disponibilità entro i limiti fissati dal Piano regionale per il governo delle liste di attesa, il numero di prestazioni (e la specifica percentuale sul totale complessivo) effettivamente erogate in tre fasce temporali definite da RT e precisamente 30gg, 60gg, oltre 60gg per TC, RMN e ECO; 15gg, 30gg e oltre 30gg per le visite specialistiche. Ai fini della pubblicazione web dei tempi di attesa prospettici, la Regione Toscana fornirà progressivamente ulteriori indirizzi tesi ad uniformare le modalità di rilevazione e pubblicazione da parte delle Aziende. Risulta importante evidenziare che le AOU, differentemente dalle Aziende territoriali, non sono tenute a garantire tempi di attesa minimi, che per la preferenza accordata dagli utenti non saranno mai “concorrenziali”, ma devono invece per normativa far confluire l’offerta di primo livello nel CUP dell’Azienda Territoriale di riferimento. L’AOU Careggi già dal 2001 confluisce nel sistema di prenotazione di Area Metropolitana e rende disponibili, attraverso il sistema CUP Metropolitan i contingenti di prestazioni di primo accesso aperti alla prenotazione da parte di utenti ambulatoriali.

L’Azienda non rende invece prenotabili al CUP-met, ma provvede direttamente alla prenotazione delle quote di prestazioni, obbligatoriamente prescritte da specialisti dell’Ospedale, riservate invece agli utenti ambulatoriali che già hanno avuto accesso ai Servizi aziendali e per i quali si è ritenuto di garantire percorsi ambulatoriali snelli e senza ulteriori attese, come realizzato attraverso il CUD della Diagnostica per immagini e attraverso la caratterizzazione per SOD degli slot riservati nelle agende delle diagnostiche strumentali e delle visite specialistiche.

### **III. Dipartimento dei Servizi**

Tempi medi di erogazione dei servizi:

#### **□ ADO Diagnostica per Immagini**

- a. **Tempi di attesa prestazioni per ricoverati:** la priorità dell’ADO Diagnostica per Immagini, condivisa peraltro con la Direzione Aziendale in sede di contrattazione degli obiettivi di budget, è quella di garantire tempi di esecuzione/ refertazione predefiniti congrui con i percorsi diagnostico terapeutici e che non prolunghino i tempi di degenza.
- b. **Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali:** l’Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi non eroga esami a pazienti esterni prenotabili attraverso CUP Metropolitan. La modalità di presa in carico da parte della Diagnostica per Immagini prevede infatti l’attivazione di percorsi di prenotazione ambulatoriale diretta, strumento utile alla promozione dell’appropriatezza prescrittiva, attraverso il confronto e la collaborazione dei Medici Clinici e dei Medici Radiologi dell’AOUC. Tale modalità contribuisce alla sinergia fra richiedenti ed erogatori di prestazioni, garantendo un allineamento temporale fra prestazioni e visite di controllo.

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

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

Questa modalità organizzativa ha consentito di:

- ridurre/uniformare i tempi di attesa;
- semplificare l’accesso alle prestazioni creando percorsi dedicati gestiti direttamente dai prescrittori;
- definire i criteri di priorità da parte dello specialista, in base al quadro clinico, nella formazione delle liste di attesa e di ridurre l’uso incongruo delle richieste urgenti, assicurando la migliore disposizione logica e temporale delle prestazioni;
- ridurre la duplicazione di esami specialistici;
- fornire ai reparti/ambulatori invianti un interlocutore unico responsabile della programmazione;



- incrementare la produttività attraverso la gestione da parte di un unico attore di tutte le agende del dipartimento.

In sostanza, l'obiettivo è quello:

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

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

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

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

Questo modello organizzativo consente ormai dal 2011 la reale presa in carico del paziente facendo sì che non sia l'utente a stabilire i collegamenti tra i diversi punti del sistema, ma che sia il sistema stesso a guidarlo e ad accompagnarlo nel percorso di cura.

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

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

### **18.3 Giornata della Trasparenza e rapporti con il cittadino/utente**

L'Azienda riconosce la centralità del cittadino/utente, quale titolare del diritto alla tutela della salute, assicurandone la partecipazione anche attraverso le Associazioni accreditate con le quali condivide azioni di miglioramento della qualità dei servizi erogati e riconosce la costituzione di un loro coordinamento, teso a potenziare le sinergie e le risorse disponibili.

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

[La Giornata della Trasparenza del 2016](#) è stata la conclusione di tale percorso ed ha rappresentato un momento di confronto tra professionisti aziendali e stakeholder; a tale giornata ha prestato il contributo ARS Toscana.

La conclusione di tale evento ha permesso la pubblicazione di un opuscolo in collaborazione con le Associazioni che sarà pubblicato sul sito istituzionale.





## 19 Allegati al Piano

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

Allegato 1 - Obiettivi anno 2017

Allegato 2 - Referenti per la prevenzione della corruzione trasparenza

Allegato 3 – progetto e schema attività sensibili soggette a mappatura del rischio

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

Allegato 5 - Prevenzione della corruzione trasparenza (atti/documenti adottati/attività)