



SOMMARIO

1	INTRODUZIONE	3
2	OBIETTIVI GENERALI	3
3	ACRONIMI	3
4	DOCUMENTI INTEGRATIVI.....	4
5	ANALISI DEL CONTESTO	4
5.1	Analisi del contesto esterno	4
5.2	Analisi del contesto interno	10
6	AMBITO DI APPLICAZIONE DEL PIANO.....	11
7	ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER L'ATTUAZIONE DELLA POLITICA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	11
7.1	Gestore delle segnalazioni di ipotesi sospette di antiriciclaggio e finanziamento del terrorismo	13
7.2	Responsabile anagrafe della stazione appaltante.....	13
7.3	Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione e Trasparenza	13
8	LE RESPONSABILITÀ'.....	14
9	PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE.....	14
10	LA MAPPATURA DEI PROCESSI AZIENDALI	16
10.1	AREA TECNICO - AMMINISTRATIVA E STAFF DELLA DIREZIONE AZIENDALE.....	16
10.2	ANALISI DEI PROCESSI TRASVERSALI ("PROGETTO LA MAPPATURA DELLE AREE DI RISCHIO SPECIFICO")	17
10.3	ANALISI DEI PROCESSI SANITARI.....	18
10.4	ANALISI DEI PROCESSI DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	19
10.5	ANALISI DEI PROCESSI DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE	19



11	GESTIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSI.....	19
12	TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI (C.D. <i>WHISTLEBLOWER</i>).....	21
13	LA FORMAZIONE	21
14	CONVENZIONE PER CONSULENZA /FORMAZIONE/TRAINING IN AMBITO FORMATIVO.....	23
15	ROTAZIONE DEL PERSONALE	23
16	COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE <i>PERFORMANCE</i>	24
17	PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE: MISURE ULTERIORI.....	25
17.1	Informatizzazione e dematerializzazione dei processi	25
17.2	Gestione delle liste di attesa e ottimizzazione della programmazione chirurgica e dei servizi erogati.....	26
17.3	Riorganizzazione accoglienza	26
17.4	La tutela dei cittadini/utenti (gestione reclami e segnalazioni)	28
17.5	Gestione stragiudiziale sinistri.....	28
18	INNOVAZIONE E SVILUPPO	29
18.1	Informazione Medico-scientifica	29
19	CONTROLLI INTERNI	30
20	IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA	32
20.1	Procedimento di attuazione del programma e relativa attività di monitoraggio	32
20.2	Pubblicazione dei dati relativi al monitoraggio dei tempi delle liste d'attesa e dei servizi erogati.....	33
20.3	Giornata della Trasparenza e rapporti con il cittadino/utente	36
21	ALLEGATI AL PIANO	36

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Simona Orsi	Responsabile Prevenzione Corruzione e per la trasparenza		firmato in originale
VERIFICA	Filomena Autieri	UO Accreditamento, Qualità e M.C.		
APPROVAZIONE	Monica Calamai	Direttore Generale	prov. DG 95 del 31/01/2018	



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 2018-2020.

L'adozione definitiva del Piano farà seguito all'attivazione di una procedura di consultazione "aperta" (di 15 giorni) 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, sezione "Amministrazione Trasparente".

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, riducendo le opportunità che si manifestino casi di corruzione ed aumentando la capacità di scoprirne;
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.

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

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
AQRM	UO Accreditamento Qualità e Risk Management
ARS	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
CRCR	Centro regionale per le criticità relazionali
DAI	Dipartimento ad attività integrata
DPS	Dipartimento professioni sanitarie
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
SIP	Servizi integrati di padiglione
SPP	Servizio prevenzione e protezione

4 Documenti integrativi

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

- 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*)”
- 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”
- Relazione di fine anno RPCT
- Piano annuale di formazione – PAF, per la specifica parte di interesse
- Piano delle performance

5 Analisi del contesto

La finalità principale della politica di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità, prevista nel presente 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.

Si veda a tal proposito anche il [Piano delle Performance](#) (in particolare il paragrafo 2)

5.1 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) ¹.

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.

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.

Il Prefetto di Firenze, ha segnalato che i dati del 2016, 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](#).

Va comunque rilevato che, come accade per molti indici che partono dalla misura di denunce e azioni penali, le regioni più virtuose sul fronte dei controlli, sono anche quelle che rischiano di più il possibile paradosso di presentare un numero più elevato di violazioni ("[Ecco la mappa dei reati provincia per provincia: 284 denunce ogni ora](#)"-di Michela Finizio 9 ottobre 2017).

Una recente [ricerca realizzata nel 2017 dalla Università "Normale di Pisa"](#) ha dimostrato che comunque non esistono regioni sul territorio nazionale immuni dalle mafie e dai fenomeni corruttivi e la Toscana non fa eccezione.

Il rapporto della Scuola Normale di Pisa, primo di tre studi concordati dalla Regione con l'ateneo fino al 2018, approvato dalla Giunta Regionale, è un'indagine innovativa e sperimentale nella metodologia e nel focus, ma anche nel processo che la guida, di tipo partecipativo, vedendo il coinvolgimento delle principali istituzioni impegnate in Toscana nell'attività di prevenzione e contrasto ai fenomeni criminali esaminati. I risultati e i punti salienti messi in evidenza, parlano di mercati illeciti e capitali 'ripuliti'.

Gli interessi dei clan criminali sono duplici: far affari, ma anche reinvestire il frutto di attività consumate altrove. Da un lato ci sono così i mercati illeciti e dall'altro ci sono i capitali illeciti, che inquinano l'economia della Toscana, in particolare:

- il porto di Livorno è uno snodo centrale soprattutto nel traffico internazionale di stupefacenti in ingresso in Europa, in particolare quello di cocaina, diretto da organizzazioni in gran parte riconducibili all'ndrangheta calabrese,
- la forte connessione tra gioco d'azzardo e usura, riconducibile al clan dei 'casalesi' e alla malavita casertana,

¹ I dati usati per l'analisi sono stati forniti 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.



- lo sfruttamento della prostituzione, legato a fenomeni di tratta e riduzione della schiavitù, con un ruolo prevalente di gruppi stranieri rispetto a quelli italiani,
- il caporalato e lavoro irregolare, con la Maremma e il Senese più esposti di altri territori,
- il traffico di rifiuti, che vede la Toscana, secondo le statistiche raccolte e rielaborate ogni anno da Legambiente, tra le prime regioni in Italia per fenomeni di criminalità ambientale,
- pochi (a Prato nella comunità cinese, in Versilia, Lucchesia e Valdarno) i casi di pizzo ed estorsione,
- come pochi sono gli omicidi di matrice mafiosa.

Per ripulire in Toscana i capitali frutto di attività consumate altrove la criminalità, secondo questa ricerca, investe nel turismo, commercio e settore immobiliare, ancora il principale canale di investimento e riciclaggio della mafie storiche. C'è poi un'imprenditorialità mafiosa e criminale che riguarda, oltre allo smaltimento dei rifiuti, il tessile, le confezioni e l'edilizia, senza escludere a priori possibili forme di complicità e collusione con l'amministrazione pubblica.

La ricerca mostra anche una mappatura dei beni sotto sequestro o confiscati ad associazioni criminali. La provincia con più immobili confiscati è Arezzo, seguita da Livorno, Lucca (con il più alto numero di unità a destinazione commerciale ed industriale) e Pistoia. Pochi sono i beni per cui è stata decisa l'assegnazione definitiva.

La ricerca passa così in rassegna alla fine anche il fenomeno della corruzione in senso stretto, dove emerge chiaramente, che gli enti locali sono il livello più vulnerabile. I numeri raccontano una netta linea di tendenza verso la crescita dei reati contro la PA e in particolare dei reati di corruzione: ad Arezzo (dove sono più che triplicati, passati da 36 a 113), a Firenze, Lucca e Prato; sono stabili invece a Livorno, Pisa e Siena. Almeno 21 processi per corruzione, sei per concussione e 39 per peculato sono stati avviati nei tribunali toscani tra il 2014 e 2015. Spiccano, dopo la provincia aretina, i ben 13 processi per corruzione avviati a Firenze, i 12 per peculato a Grosseto, i 13 sempre per peculato a Pistoia.

Il settore "[Sistema informativo di supporto alle decisioni. Ufficio regionale di Statistica](#)" della Regione Toscana analizza la soddisfazione delle famiglie rispetto a cinque aspetti della vita: situazione economica, salute, relazioni familiari, relazioni amicali, tempo libero e percezione del rischio di criminalità.

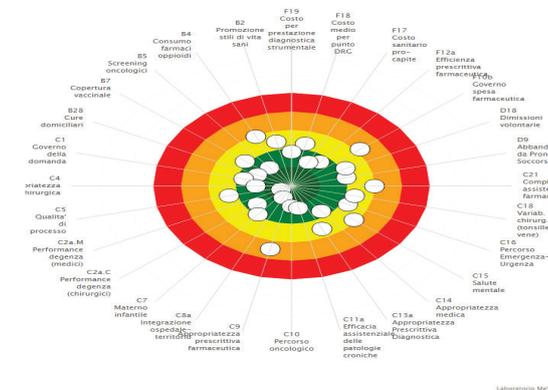
La percentuale di famiglie toscane che ritengono molto o abbastanza presente il rischio criminalità nella zona in cui vivono è stimata 36,5% nel 2016 con un leggero aumento rispetto al 2015 (35,0%), in controtendenza rispetto all'intero Paese dove è pari a 38,9% in lieve diminuzione rispetto al 2015 (41,1%) e all'andamento degli ultimi anni.

Anche l'Istat per la prima volta ha introdotto una serie di quesiti nell' [indagine sulla sicurezza dei cittadini 2015- 2016 per studiare il fenomeno della corruzione](#): si stima che il 7,9% delle famiglie nel corso della vita sia stato coinvolto direttamente in eventi corruttivi quali richieste di denaro, favori, regali o altro in cambio di servizi o agevolazioni (2,7% negli ultimi 3 anni, 1,2% negli ultimi 12 mesi). L'indicatore complessivo (7,9%) raggiunge il massimo nel Lazio (17,9%) e il minimo nella Provincia autonoma di Trento (2%), ma la situazione sul territorio è molto diversificata a seconda degli ambiti della corruzione. La corruzione in sanità è più frequente in Abruzzo (4,7%) e in Campania (4,1%).

La Toscana ed in particolare nell'area fiorentina, sono presenti fenomeni di associazione massonica che appare condizionare anche la vita pubblica.

Il [MeS, Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa](#), conduce la **valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali**, tra le Regioni che hanno aderito su

base volontaria al *network*. Si tratta di una valutazione condotta ogni anno sulla base di precisi indicatori,



raffigurata poi con gli ormai [famosi bersagli](#).

Le Regioni che hanno seguito la Toscana nel sistema di valutazione della *performance* e hanno aderito nel 2016 su base volontaria al *network* sono Basilicata, Calabria, Liguria, Lombardia, Marche, Umbria, Veneto, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Puglia e le province autonome di Trento e di Bolzano. La collaborazione nasce per fornire un quadro dell'andamento dei sistemi sanitari regionali e delle loro componenti, attraverso il confronto di un *set* di circa 270 indicatori condivisi; a 115 di essi è associata una valutazione. Gli indicatori vengono raggruppati, tramite una struttura ad albero, in 35 indicatori di sintesi, rappresentati in forma grafica tramite il "bersaglio", con 5 fasce di valutazione. I risultati sono articolati in sei macro-aree: la valutazione dello stato di salute della popolazione (dimensione A) presenta indicatori di mortalità e inerenti gli stili di vita; la capacità di perseguimento delle strategie regionali (B) include indicatori quali la gestione del dolore, gli *screening* oncologici e le coperture vaccinali; la valutazione socio-sanitaria (C) comprende indicatori di governo della domanda, di appropriatezza, di efficienza e di qualità; la valutazione da parte dell'utenza (dimensione D) include sia indicatori *proxy*, sia indicatori provenienti da indagini specifiche, realizzate in molte delle Regioni aderenti al *network*; la valutazione interna (E) considera il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie; infine, la valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa (F) monitora l'efficienza farmaceutica, la sicurezza sul lavoro, oltre ad alcuni indicatori economici relativi ai costi. La valutazione del sistema sanitario toscano a confronto con le altre realtà regionali restituisce un quadro complessivamente molto buono. La maggior parte degli indicatori oggetto di monitoraggio migliora ulteriormente rispetto al 2014 e per il 37,5% di essi si registra, oltre ad un miglioramento, anche la riduzione della variabilità intra-regionale. Gli indicatori relativi di mortalità infantile, per tumori, per malattie cardiocircolatorie e per suicidi denotano il buon livello di salute della popolazione toscana.

In riferimento alla capacità di migliorare specifiche politiche sanitarie, la copertura vaccinale si conferma ampia per tutte le tipologie di vaccinazioni. Si conferma un punto di forza del sistema sanitario toscano l'appropriato ricorso al *setting* ospedaliero: il tasso di ospedalizzazione complessivo è il più basso del *network* (129,7 ricoveri per 1.000 residenti). Il dato va letto sia in riferimento all'efficiente organizzazione dei percorsi intra-ospedalieri, sia alla capacità dei servizi territoriali di prendere in carico i bisogni di salute della popolazione toscana.

Rispetto alle scelte politiche di questi ultimi anni sul sistema sanitario regionale, le Aziende del servizio sanitario sono state toccate negli ultimi anni da riforme sostanziali, con azioni di rimodellazione e concentrazione delle funzioni direzionali: l'operazione delle c.d. "Aslone" ed anche la recente legge regionale di accorpamento di aree distrettuali, hanno portato una concentrazione delle funzioni direzionali, ma anche un aumento delle complicazioni organizzative e difficoltà delle attività territoriali, che ha investito solo indirettamente l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi. Il quadro che emerge in Toscana sullo stato



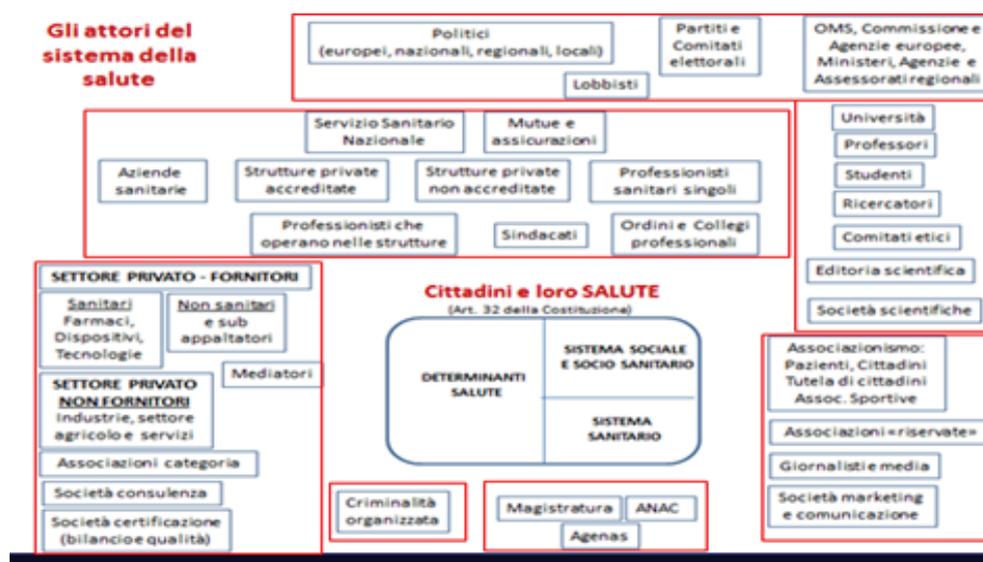
di salute continua comunque

Altro rapporto “complesso” presente nel mondo sanitario è quello tra professionisti e Società Scientifiche quali organismi che potrebbero rendere possibile lo sviluppo di dinamiche condizionanti l'erogazione dei servizi.

Questo settore di interesse, già analizzato in questo anno (2017) nel progetto aziendale di mappatura delle aree di rischio specifico, sarà comunque oggetto di una nuova analisi successivamente alla completa attuazione 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, 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 evidente 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. Anche il rapporto con tali organismi è stato oggetto di analisi all'interno del **Progetto di mappatura delle aree di rischio specifico** partito questo anno (2017).



Molti attori e ognuno con un proprio interesse

(Massimo Brunetti)

Nel corso del 2016/2017 l'Azienda ha affrontato in modo sistematico la gestione del conflitto di interessi, utilizzando soluzioni non solo di natura procedurale (regolamenti, soluzioni organizzative e procedure), atte a stimolare un controllo dall'esterno sull'attività dei professionisti, ma anche di carattere culturale e valoriale (formazione), cercando di favorire un “controllo interno”, stimolando cioè l'autocontrollo da parte dei professionisti.

Si è cercato inoltre di assicurare la maggior trasparenza ed evidenza possibile alle relazioni dei professionisti con i privati o comunque alle circostanze nelle quali è possibile il verificarsi di un potenziale condizionamento dell'interesse pubblico, ritenendola un importante strumento di deterrenza delle possibili situazioni di “*mala gestio*”.



5.2 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 e lo [statuto](#).

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 ([Piano strategico pluriennale 2018/2024](#)).

Si vedano anche il [Piano delle Performance](#) ed i [regolamenti interni di organizzazione](#).

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 armonizzazione tra l'ordinamento giuridico universitario e quello aziendale: il personale è infatti diversamente regolamentato e ciò comporta di dover concordare 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.

La valutazione del clima interno che viene condotta dalla Direzione aziendale è volta a dare voce ai dipendenti sull'operato del *management*, sulla comunicazione, sulla formazione e sugli altri aspetti costitutivi del clima aziendale. L'ultima rilevazione si è svolta tra i mesi di giugno e luglio del 2017, in collaborazione con i dirigenti regionali e i referenti aziendali. 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 di clima organizzativo consente al *top management* di raccogliere informazioni utili ad orientare interventi non solo in direzione della soddisfazione lavorativa e di esigenze formative specifiche, ma anche verso criticità strutturali, con l'obiettivo finale 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 ed alla strategia dell'organizzazione ([Indagine su clima interno e benessere organizzativo](#)).

6 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 PTA 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, fermo restando il loro stato giuridico;
- 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 specifiche eccezioni rilevate.

7 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 e promozione della trasparenza, fornendo le risorse necessarie e predisponendo le linee strategiche; condivide le proposte avanzate dal Responsabile attraverso il sostegno degli specifici obiettivi nonché quello organizzativo con la messa a disposizione di risorse finalizzate.
- **Responsabile per la prevenzione della corruzione e della promozione della 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 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 forme responsabilità previste.
- **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'elaborazione ed 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 i flussi informativi obbligatori per l'implementazione del sito "Amministrazione Trasparente" e sono direttamente responsabili, per la propria parte, della correttezza, chiarezza e completezza del dato inviato, del rispetto dei termini per l'invio e della tenuta del corretto e continuo aggiornamento.

- **Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza** (di seguito Referenti - Allegato 2): 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 e informando il RPCT ed il Dirigente di eventuali inosservanze rilevate. I Referenti, che rappresentano il punto di riferimento del RPCT nella singola area di attività di afferenza, sono anche investiti della parte relativa agli obblighi di trasparenza, pertanto dovranno attivarsi in stretta collaborazione con il Dirigente per i propri specifici adempimenti. Per le aree interessate i Referenti supportano il RPCT, quale "Gestore", nell'attività di prevenzione e controllo avverso i fenomeni di antiriciclaggio e contro il finanziamento del terrorismo, di cui alla recente normativa e regolamentazione interna.

Nell'ottica di un sistema di monitoraggio e controlli interni 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, nonché in merito alla loro effettiva efficacia sul rischio emerso; informano inoltre il RPCT di eventuali criticità emerse di cui sono comunque venuti a conoscenza, al fine di poter proporre alla Direzione possibili interventi correttivi e misure di natura preventiva da attuare.

- **Responsabili Sanitari di Dipartimento (RSD) e i Clinical Risk Manager (CRM)** (Allegato 2), presidiano, per l'ambito di specifica competenza, i fenomeni di *maladministration* riferiti al contesto delle attività sanitarie in collaborazione con i Direttori di Struttura ed i Referenti assegnati ai rispettivi dipartimenti; insieme ai Referenti costituiscono la rete di prevenzione dei fenomeni di corruzione e promozione della trasparenza, intesa quale *mala-gestio*, svolgendo, in particolare, un'attività di monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT riferite ai processi sanitari dei DAI di afferenza. Nell'ottica di un sistema di controlli interni, informano il RPCT, il proprio Dirigente e Referente di eventuali criticità emerse al fine di proporre alla Direzione possibili interventi e misure di natura preventiva.
- **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, proponendo anche possibili soluzioni di miglioramento.
- **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 o proponendo possibili azioni di miglioramento.
- **Organismo di Supporto alle funzioni del RPCT:** L'Organismo di Supporto è ancora in via di strutturazione da parte della Direzione e attualmente le funzioni a supporto del RPCT sono aiutate attraverso la rete collaborativa e funzionale coordinata professionalmente dal RPCT.

L'organismo è previsto dal PNA quale sede privilegiata 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 interessi o dei controlli interni.

Si prevede di attivare tale organismo nel corso del 2018.



7.1 Gestore delle segnalazioni di ipotesi sospette di antiriciclaggio e finanziamento del terrorismo

L'Azienda con provvedimento del Direttore Generale n. 300/2016 ha individuato il RPCT quale Gestore delle segnalazioni di ipotesi sospette di antiriciclaggio e finanziamento del terrorismo, di cui al Decreto del Ministero dell'Interno n. 233 del 25 settembre 2015.

Con provvedimento del Direttore Generale n. 657/2016 è stato di seguito approvato il relativo [regolamento](#) che ne determina l'organizzazione interna a supporto ed il funzionamento, in corso di aggiornamento in seguito alle successive novità apportate dal nuovo D.Lgs n. 90/2017.

7.2 Responsabile anagrafe della stazione appaltante

L'Azienda con provvedimento del Direttore Generale n. 521/2014 ha nominato Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA) la dott.ssa Elisabetta Vannacci, dirigente amministrativo afferente all'Area Tecnica, che ha comunicato di aver adempiuto a quanto richiesto da ANAC, in particolare nei comunicati del 28 ottobre 2013 e 20 dicembre 2017.

Il RASA viene nominato ai sensi della L. n. 241/90 e ss.mm.ii. per l'espletamento del procedimento amministrativo sotteso all'applicazione dell'art. 33-ter della L. n. 22/2012 ed è incaricato della verifica e/o compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della Stazione appaltante. Tale obbligo informativo in particolare consiste nell'implementazione della BDNCP presso ANAC dei dati relativi alla anagrafica della stazione appaltante, della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo e 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 e ss.mm.ii.

7.3 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 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, alcuni enti del sistema sanitario toscano, quali ARS (in particolare l'Osservatorio per la Qualità e l'Equità), ESTAR, 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.

Nel 2017 è partito un progetto formativo regionale per gli RPCT e staff che continuerà nel 2018 e che ha lo scopo di diffondere conoscenze e buone pratiche, ma anche di rafforzare l'identità della rete.

8 Le responsabilità'

Sono identificabili quattro tipologie di responsabilità principali:

- a) La **responsabilità del Direttore Generale**. Oltre alla responsabilità per la corretta applicazione del PTPC all'interno dell'Azienda, 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 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**. Oltre alla responsabilità per il non rispetto del PTPCT all'interno dell'area di rispettiva competenza, 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) I **referenti anticorruzione** e la **rete anticorruzione** sono responsabili della corretta attuazione del Piano e delle misure correlate nell'area di rispettiva competenza insieme al Direttore di struttura e DAI, secondo quanto indicato al precedente paragrafo.
- e) La **responsabilità di tutti gli operatori interni** per violazione delle misure di prevenzione contenute nel PTPCT. 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.

9 Processo di gestione del rischio di corruzione

Il presente PTPCT vuole evidenziare progressivamente tutte le aree di attività aziendali ai fini della **mappatura del rischio di corruzione/"mala-gestio"**, nonché **le azioni** e **gli strumenti** necessari per **prevenire quello medio/alto**, stabilendone le priorità di trattamento.

Nel processo aziendale di gestione del rischio vengono coinvolti tutti i Dirigenti responsabili delle strutture, i Referenti per la prevenzione della corruzione e la rete di prevenzione della corruzione e



trasparenza (RSD e CRM), le posizioni organizzative e tutti i dipendenti che a vario titolo sono interessati ai processi oggetto di analisi.

A seguire dalle esperienze 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 2014 è stata portata avanti la mappatura dei rischi dell'Area Tecnica ed Amministrativa; nel 2015 è stata fatta la mappatura dei processi dell'Area di Staff della Direzione aziendale.

Il 2016 ha visto invece l'elaborazione di un [progetto di mappatura delle aree di rischio specifico e dei processi del DPS](#), che ha ad oggetto l'analisi rispettivamente di alcuni processi trasversali e quelli propri del DPS, la cui attuazione ha avuto inizio nel 2017. Il progetto è stato gestito in collaborazione con ARS, "Illuminimo la salute" e il CRCR.

Il corrente anno, vedrà progressivamente, quale ambito prioritario di interesse, col coinvolgimento diretto dei professionisti ed in particolare di alcune strutture aziendali a supporto (UO Direzione Operativa, UO Accreditamento Qualità e RM e Dipartimento delle professioni sanitarie):

- a. il prosieguo dell'analisi dei **processi trasversali** ("Progetto la mappatura delle aree di rischio specifico");
- b. la mappatura delle aree di **rischio specifico (sanitarie)**;
- c. un progressivo approfondimento di **analisi delle aree di rischio obbligatorio e generale (area tecnico-amministrativa e staff)**, in particolare quelle 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 o di particolare interesse della Direzione aziendale, allo scopo di valutare l'efficacia delle misure di contenimento adottate dai dirigenti interessati e prevedere comunque azioni di miglioramento; obiettivo che non è stato possibile raggiungere nel 2017, diversamente da quanto programmato.

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

1. 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;
2. 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.



10 La mappatura dei processi aziendali

10.1 Area tecnico – amministrativa e staff della direzione aziendale

La valutazione dei processi a rischio delle aree obbligatorie e generali (aree tecnico-amministrative e staff) è stata effettuata considerando la metodologia di analisi proposta dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2013), che prevedeva la somministrazione di uno specifico questionario, con domande precostituite, dal quale si riteneva possibile rilevare il grado di rischio.

In Azienda è 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 dell'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 ivi previsti, 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 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, ad oggi non ancora attivato.

Nel corso del 2018/2020 è programmata una rivalutazione dei processi di aree tecnico-amministrativa e staff allo scopo di valutare l'efficacia delle misure adottate e l'impatto della riorganizzazione posta in essere dalla Direzione su quelle aree di attività in questi ultimi anni (allegato 5).

Per i processi afferenti all'area tecnica l'iter di analisi, che inizierà in questo anno, è stato concordato con la direzione amministrativa che ha ritenuto prioritario partire dalla rivalutazione delle aree in cui vengono esperite direttamente procedure di gara (area tecnica - settore lavori pubblici), a prescindere dai rischi a suo tempo emersi. Il percorso di analisi partirà progressivamente dai vari processi di attività di quest'area e si svolgerà nel corso del triennio di valenza del Piano. Nel 2018 l'analisi avrà inizio dal processo di programmazione e sarà portata avanti insieme al Referente anticorruzione e trasparenza, ai Dirigenti, alle posizioni organizzative di questa area. **Il lavoro di gruppo verrà seguito dalla AQRM che lo coordinerà con il percorso di certificazione come concordato con la Direzione amministrativa.**

Per l'area amministrativa e di staff si procederà partendo da un progressivo riesame dei processi precedentemente valutati come a rischio medio-alto. In tale analisi verranno coinvolti i Dirigenti le posizioni organizzative ed i Referenti (allegato 5).

Il sistema di analisi (e relativo strumento) proposto per il riesame di queste aree di rischio obbligatorio e generale sarà quello utilizzato nel corso del 2017 per la mappatura delle aree trasversali e a rischio specifico, in quanto ritenuto maggiormente funzionale all'emersione del rischio (si veda sotto il punto 10.2).



10.2 Analisi dei processi trasversali (“Progetto la mappatura delle aree di rischio specifico”)

Proseguirà il percorso di analisi dei processi trasversali impattanti sulle aree a rischio specifico iniziato a decorrere dal 2017, con il Progetto “La mappatura delle aree di rischio specifico” indicato sopra, portato avanti in collaborazione con Illuminiamo la salute, ARS e CRCR.

Nel primo anno di analisi sono stati privilegiati i processi trasversali che prevedono un rapporto con i soggetti privati, forieri di possibili situazioni di conflitto di interessi, analisi di fatto cominciata già in parte nel 2016.

La decisione che ha fatto ritenere prioritaria un’analisi di tali relazioni, è maturata in particolare da alcune indagini per corruzione iniziate nel 2014, ancora in corso, che hanno ad oggetto il rapporto di alcuni professionisti con i fornitori, sponsor e finanziatori privati.

Nel corso del 2018, l’analisi continuerà con i restanti processi di attività che prevedono un rapporto con i soggetti privati (allegato 3).

Nel 2018/2019 sarà anche dato spazio all’analisi dei processi di attività che comportano un’interfaccia con i cittadini utenti (allegato 3).

La scheda di analisi utilizzata nella mappatura delle aree di rischio specifico di cui al richiamato progetto (visibile in allegato 1), non è quella proposta dal PNA 2013 ed utilizzata per l’analisi delle aree di rischio obbligatorie e generali (2014/15), non essendo risultato funzionale alla emersione del rischio di corruzione, utilizzare una scheda con delle domande precostituite uguali per tutte le tipologie di attività.

Per l’analisi del rischio specifico viene invece utilizzata una scheda costruita appositamente che consente l’analisi del processo oggetto di valutazione in modo auto-indotto, cioè attraverso una discussione portata avanti da un gruppo multidisciplinare, formato da professionisti che gestiscono o fruiscono di detto processo. La scheda consente comunque di dare un valore al rischio emerso ed una successiva ipotetica valutazione della possibile riduzione del rischio (rischio residuo), a seguito dell’applicazione delle misure concordate in sede di lavoro di gruppo.

Tale sistema di analisi (e relativo strumento) sarà riproposto questo anno anche per il riesame delle aree di rischio obbligatorio e generale.

In questo anno nell’analisi sarà anche sperimentata sui processi trasversali un’evoluzione dello strumento (scheda) provando in sostanza a cambiare l’analisi dei rischi:

1. Il rischio/i rischi sono trasversali al processo e non più correlati alla singola attività.
2. Per ciascuna fase si ricerca l’effetto, se esiste. L’effetto è la manifestazione dell’evento rischioso. (ad esempio: rischio “utilizzo farmaco scaduto” > effetto: “cura inefficace”)
3. Per ciascuna fase si ricerca la causa radice, scegliendo da un menu a tendina (rischio “utilizzo farmaco scaduto” à causa radice: “mancato controllo scadenza”)
4. Per ciascuna causa radice, in ogni fase si va a quantificare il rischio e poi il miglioramento con le stesse formule PxDxR della vecchia versione della scheda.

Il vantaggio di questo approccio è ridurre i rischi da analizzare, scremandoli in una prima discussione con gli attori del processo.

Inoltre le cause radice, che sono quelle che azionano il rischio, vengono predeterminate e il compilatore le sceglie da un menu a tendina. Questo ci permette di incasellare le cause in pochi ambiti, facilitando le azioni correttive e il miglioramento.



Per l'attività di analisi daranno supporto in questo anno al RPCT alcune strutture interne ed esterne, in particolare: la AQRM che metterà a disposizione 4 unità di personale, il DPS con due unità di personale, il CRCR con 1 unità di personale e ARS con 1 unità di personale.

10.3 Analisi dei processi sanitari

Per l'analisi del rischio nei processi sanitari l'attività di prevenzione della corruzione si coordinerà con l'attività di accreditamento di tali processi portata avanti dalla AQRM e l'analisi di processo ai fini della corretta allocazione delle risorse seguita dalla Direzione Operativa; gli indici di accreditamento saranno integrati da specifici indici funzionali anche ai fini di prevenzione della corruzione e trasparenza, derivanti dall'analisi di processo gestita dalla Direzione portata avanti dalla Direzione Operativa. Le due strutture summenzionate porteranno avanti un lavoro in integrato, in quanto il lavoro per l'accreditamento non è completo e sufficiente rispetto alla prevenzione del rischio ai fini dell'anticorruzione.

All'attività parteciperanno RPCT, Referenti, AQRM e rete, Direzione Operativa e DPS, che metteranno a disposizione specifiche risorse.

I processi oggetto di analisi seguiranno uno schema concordato che vedrà progressivamente analizzati i processi sanitari secondo quanto elencato dalla nuova normativa regionale sull'accreditamento (allegato 4). Gli strumenti utilizzati saranno la scheda di cui all'allegato 1, coordinata con la scheda utilizzata ai fini dell'accreditamento.

La Direzione operativa effettuerà un'analisi del processo sanitario considerato da cui emergeranno i rischi di *mala-gestio*; le misure di miglioramento scaturite dall'analisi di processo ai fini dell'anticorruzione si integreranno con le misure previste ai fini dell'accreditamento di tali processi; la scheda finale di analisi del processo elaborata dalla Direzione operativa, vedrà l'integrazione e sintesi con la scheda fornita dall'AQRM, che mette a disposizione una risorsa per tale lavoro.

L'attività permetterà al RPCT di avvantaggiarsi del lavoro svolto ai fini dell'anticorruzione; tale lavoro combinato si sposa con la considerazione generale dell'appropriatezza dei processi sanitari.

Di seguito i processi progressivamente analizzati:

Nel 2018:

- Processo nascita;
- Processo area critica;
- Processo emergenza/urgenza.

Nel 2019:

- Processo medico;
- Processo ambulatoriale;
- Processo riabilitazione.

Nel 2020:

- Processo oncologico;
- Processo chirurgico.

Il monitoraggio delle misure adottate verrà fatto attraverso la rete anticorruzione.



10.4 Analisi dei processi Dipartimento professioni sanitarie

Per l'anno in corso proseguirà la mappatura dei Processi afferenti al DPS come da allegato 3 al presente Piano. Nel 2017 sono stati mappati i Processi "Programmazione, pianificazione, allocazione Risorse Umane" e "Valutazione Risorse Umane", ottenendo una piena partecipazione dei convocati all'evento. La mappatura dei Processi, analizzando le fasi di pertinenza, è stata effettuata utilizzando una metodologia *Risk Based Thinking*, comprensiva di ambiti relativi a Qualità e Sicurezza delle Cure, Salute e Sicurezza degli Operatori, *Maladministration* e rischi corruttivi, fattori riconducibili a requisiti organizzativi dell'accreditamento regionale, con il coinvolgimento anche di alcuni *stakeholder*; tale metodologia ha permesso di identificare quanto fattibile in termini di autonomia del DPS nella risoluzione di eventuali criticità emerse (pianificate come azioni di miglioramento per il 2018) e quanto invece programmabile come interventi di miglioramento da effettuare in collaborazione con altre Strutture/funzioni Aziendali.

La Metodologia e gli strumenti utilizzati per la Mappatura dei Processi del DPS (scheda identificazione rischi/indicizzazione/azioni di miglioramento) sono stati quelli usati anche nel Progetto "La mappatura delle aree di rischio specifico", in più è stata utilizzata una scheda di rilevazione dei portatori di interesse e la loro rilevanza all'interno dei Processi mappati. Alla realizzazione della Mappatura hanno partecipato come facilitatori del percorso componenti della AQRM, un componente dell'ARS, il RPCT, il Referente ed alcuni professionisti del DPS.

Queste azioni saranno ricomprese per le strutture coinvolte tra gli obiettivi di valutazione organizzativa e individuale relativi agli anni di riferimento a partire dal 2018.

10.5 Analisi dei processi Dipartimento professioni sanitarie

Le misure che saranno proposte a seguito dell'analisi dei processi saranno trasformate annualmente in obiettivi di valutazione organizzativa e individuale per le strutture coinvolte nelle attività considerate.

L'efficacia delle misure adottate dalle strutture sarà monitorata attraverso la rete anticorruzione: sarà previsto un primo monitoraggio dopo circa un anno di applicazione della misura ed un successivo riesame dopo circa un biennio. Il riesame sarà attuato attraverso un confronto diretto con i professionisti e la rete anticorruzione.

11 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 interessi, relativi alle attività extra-impiego dei professori e docenti universitari che svolgono attività assistenziale presso AOUC e insieme ad UNIFI ha costituito una Commissione aziendale a composizione mista 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 alla Direzione ed 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. E' stata inoltre fatta una specifica giornata formativa il [giorno 8/11/2017](#) sul conflitto di interessi e l'attività della COVACI rivolta ai dipendenti, in particolare a coloro che devono valutare ed autorizzare le situazioni soggette a possibile conflitto di interessi.

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, ...) e di UNIFI (gestione del personale).

Nel corso di quest'anno è previsto l'aggiornamento del Protocollo a seguito di quanto emerso in due anni di attività della Commissione, e l'adozione di una specifica regolamentazione avente ad oggetto modalità e criteri di funzionamento; la proposta è già stata presentata alle due Direzioni (AOUC e UNIFI).

Ne 2016 (aprile), inizio dell'attività della commissione si sono rilevati e seguenti dati di attività:

ATTIVITÀ SVOLTA dalla COVACI		
	2016	2017
Pratiche AOUC	823	1640
Conflitti rilevati	13	38
Pratiche UNIFI	830	1310
Conflitti rilevati	13	26
TOT Pratiche	1653	2950
TOT Conflitti	26	64

Si allegano invece i dati di attività della COVACI relativi al 2017 (Allegato7), partecipati alle rispettive direzioni di AOUC e UNIFI, insieme ad una più dettagliata visione delle attività per singolo professionista coinvolto, per la consapevolezza e le eventuali azioni conseguenti.

Alla commissione è stata affiancata l'attività del rinnovato Servizio 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.

L'acquisizione delle [dichiarazione di interesse e di conflitto di interesse](#) per il personale dipendente, quello universitario in afferenza assistenziale e per i 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 (ove previsto), dati che andranno ad integrarsi con quelli già in possesso della COVACI e del Servizio Ispettivo, ai fini delle specifiche valutazioni di pertinenza.

Nel 2018 è previsto l'aggiornamento del Codice etico e di comportamento aziendale anche a seguito delle novità emerse dal progetto "la mappatura delle aree di rischio specifico" anno 2017.

La COVACI ha inoltre proposto ad ESTAR (centrale di committenza regionale per i procedimenti di gara su beni e servizi) la strutturazione di un percorso condiviso di valutazione dei conflitti di interessi dei



professionisti di AOUC inviati alle procedure di gara. Il RPCT di AOUC ha già inviato al RPCT di ESTAR una proposta di procedura e dati da condividere.

12 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 2018 si prevede una revisione del regolamento interno e 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 che sia in linea con la recente normativa adottata sul tema.

13 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

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

Nel 2015 è stato organizzato un corso di due giornate relativo nello specifico alle gare, contratti, contabilità generale e finanza. – nuovo sistema anticorruzione al quale hanno partecipato 126 professionisti che seguono tale settore di attività.

Tutti 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, insieme ad una parte più specifica per i settori a cui erano diretti.

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), anche 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 nel 2016 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 è continuato nel 2017, di seguito i dati.

Elenco partecipanti corso FAD divisi per profilo professionale		
Professione	Numero 2016	Numero 2017
ASSISTENTE SANITARIO		10
BIOLOGI	88	2
CHIMICI	4	
DIETISTE	22	
FARMACISTI	9	
FISICI	13	
FISIOTERAPISTI	63	
INFERMIERI	1984	30
INFERMIERI PEDIATRICI	9	
LOGOPEDISTI	1	
MEDICI	804	41
ODONTOIATRI	5	1
ODONTOTECNICI	1	1
ORTOTTISTI	5	1
OSTETRICHE	95	
PSICOLOGI	3	1
TECNICO AUDIOMETRISTA	3	
TECNICO DI LABORATORIO	169	2
TECNICO FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA	10	
TECNICO NEUROFISIOPATOLOGIA	13	1
TECNICO PREVENZIONE	1	
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	165	1
MEDICI IN FORMAZIONE E ALTRI CONTRATTI	270	
ALTRO	1493	45
TOTALE	5230	135

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](#).

Il corso su prevenzione della corruzione e trasparenza in FAD rimarrà comunque sempre aperto per gli specializzandi ed i 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 la progressiva strutturazioni di moduli di aggiornamento.

Nel corso del progetto di mappatura delle aree di rischio specifico, di cui ai precedenti punti 8 e 9, saranno inoltre previsti specifici momenti formativi aventi ad oggetto i processi in corso di analisi.

Sempre nel corso del 2018 verranno inoltre organizzate giornate formative a tema sia sulle novità normative che su specifiche tematiche di approfondimento, inserite nel Piano di Formazione aziendale.

Nel 2017 in particolare sono stati organizzati due eventi formativi, uno sul conflitto di interessi in sanità e l'altro sulla recente normativa in materia di anticiclaggio e contro il finanziamento al terrorismo, come applicata in particolare alle pubbliche amministrazioni.

14 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 da committenti esterni per i professionisti aziendali. Tale forma contrattuale è stata poi ulteriormente disciplinata dal regolamento sugli accordi di collaborazione approvato con provvedimento del Direttore Generale n. 93/2017.

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

anno 2017 - n. 12

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](#).

15 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 e 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 e successivamente nel settore dell'accoglienza (si veda anche il seguente punto 16.3).

A seguito della profonda riorganizzazione del Dipartimento delle professioni sanitarie e delle funzioni e processi da esso governati, insieme al nuovo progetto dell'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 necessità di procedere a rotazione del personale assegnato alle varie strutture organizzative, verrà prevista, anche a seguito della mappatura dei processi di attività ancora in corso.

Ad oggi non sono state attuate rotazioni a seguito di conclamati eventi corruttivi o di *mala-gestio*.

16 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 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, emerse dall'analisi e mappatura dei processi aziendali, 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 2018.

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 previsti momenti di condivisione di tali obiettivi all'interno delle Aree e Dipartimenti aziendali, sia di attività tecnico amministrativa che sanitaria e periodici monitoraggi rispetto al loro raggiungimento con la Direzione aziendale.

17 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:

17.1 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.

17.2 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.
- una nuova gestione informatizzata del percorso chirurgico, grazie ad un nuovo sistema *software* avviato nel corso del 2017, che consente, oltre al 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;
- 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;
- 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.

Si veda anche il [Piano strategico pluriennale 2018/2024](#).

17.3 Riorganizzazione accoglienza

Le funzioni di accoglienza e di relazione con il cittadino sono state ridefinite nel corso del 2015 con il “Progetto Accoglienza”, approvato con Provvedimento del Direttore Generale n. 549/2015. La strategia del progetto prevedeva la riduzione della frammentazione che ha a lungo caratterizzato i processi di accoglienza, la razionalizzazione dell'uso delle risorse e la semplificazione dell'accessibilità ai servizi, attraverso un processo di accentramento delle principali funzioni (prenotazioni, consegna referti, gestione dei percorsi informativi, presa in carico dei bisogni dei cittadini), prevedendo una apertura dei servizi in



un orario il più ampio possibile. Il modello organizzativo ritenuto più idoneo a rappresentare la complessità di questi processi è quello definito come *HUB&SPOKE*, valorizzato e arricchito da una serie di collegamenti trasversali (professionali, tecnologici, informativi, etc), che favoriscano la formazione di una rete professionale matura.

Il Progetto, che è stato sviluppato a partire da dicembre 2015, ha previsto:

1. **Riorganizzazione dell'URP e del Centro Servizi al cittadino.** Sotto il profilo della struttura organizzativa, la definizione di un modello nel quale l'URP e il Centro Servizi svolgono la funzione di *HUB* per la gestione di tutte le attività normativamente affidate all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e per la costituzione di un Centro Servizi in grado di accentrare – con la dovuta gradualità – i servizi al cittadino. Allo stesso tempo, i punti di accoglienza presenti nei vari padiglioni ospedalieri sono stati aggregati nei Servizi Integrati di Padiglione (SIP), che svolgono una funzione di *SPOKE*.
2. **Sviluppo del progetto accoglienza presso l'URP e il Centro Servizi.** A seguito dell'approvazione del Progetto accoglienza (Provvedimento del Direttore Generale n. 549/2015) tra 2015 e 2016 è stato aperto il Centro Servizi, ampliata la fascia di apertura al pubblico dell'URP e avviata una riflessione organizzativa sulle modalità di accesso telefonico che ha compreso la revisione delle attività del Centralino.

Nel 2017, in continuità con le azioni progettuali, sono state poste in essere le seguenti misure organizzative:

- È stato avviato il **progetto per l'assistenza integrativa alla attività sanitaria** (Provvedimento del Direttore Generale n. 823 del 31 dicembre 2016). La fase progettuale si è conclusa con l'approvazione del regolamento (Provvedimento del Direttore Generale n. 439 del 18 luglio 2017) e con l'avvio delle attività, inclusa la stipula di una convenzione con AIL per la gestione di strutture destinate alla ospitalità alberghiera di familiari dei pazienti ricoverati;
- Tra marzo e aprile 2017 è stato realizzato il **nuovo layout del Centro Servizi** che risponde ad una serie di bisogni operativi quali l'aumento delle potenzialità di accoglienza, la definizione di spazi per programmare una solida attività di *back-office*; *box* per la gestione di pazienti con particolari necessità; la nuova struttura ha consentito di valorizzare l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, attivo con un orario analogo a quello del Centro Servizi (7:30-18:30 dal lunedì al venerdì e 7:30-13:30 il sabato).

Tutto questo ha rappresentato anche l'avvio di un percorso di revisione del ruolo e delle funzioni dell'URP, superando il modello tradizionale di un settore destinato prevalentemente alla soluzione delle criticità nella relazione tra cittadini e ospedale, per mettere le basi per una struttura che, in senso più moderno, costituisca il punto centrale per la definizione e l'implementazione di una *customer care* coerente e in linea con gli obiettivi strategici aziendali.

- Tra i servizi aperti nel corso della primavera 2017, oltre al supporto alle prenotazioni e all'accettazione dei pazienti degli ambulatori metabolici, va segnalato l'avvio del **servizio di chat**. Oltre alla creazione di un nuovo e innovativo canale di comunicazione, la *chat* (alla quale è collegata la mail caregirisponde@aou-careggi.toscana.it) vuole anche andare incontro a pazienti con difficoltà ad accedere ai servizi telefonici (pazienti sordomuti in particolare).
- Seguendo le indicazioni regionali contenute nella DGRT n. 1068/2016, a partire dalla seconda metà del 2017 è stato attivato, presso il Centro Servizi, l'A.I.U.T.O. *Point* per i servizi oncologici, come struttura di supporto del CORD.
- A partire dal mese di settembre è stata centralizzata presso il Centro Servizi la produzione di tutti i CD e DVD della Diagnostica per Immagini.

3. **Sviluppo del progetto accoglienza nei Servizi Integrati di Padiglione (SIP).** A seguito del provvedimento del Direttore Generale n. 308 del 19 maggio 2016: "*Progetto Accoglienza: ricognizione delle risorse amministrative e del personale delle portinerie*" si sono configurati gli assetti organizzativi dei SIP. Ogni padiglione sta provvedendo a strutturare i processi di accoglienza presenti secondo i

criteri di centralizzazione, omogeneizzazione e semplificazione delle attività ad essi connesse. Il programma di attivazione è in corso di attuazione.

Alcune delle azioni di miglioramento poste in essere, nel corso del 2017 sono le seguenti:

- stesura per ogni SIP dei propri documenti organizzativi secondo criteri omogenei, approvati dall'AQRM e pubblicati sul sito interno (*Intranet*);
 - indagine semestrale relativa il grado di soddisfazione degli utenti relativa all'accoglienza nei Servizi Integrati di Padiglione;
 - adeguamento e omogeneizzazione dei profili orari degli operatori, in riferimento alla nuova organizzazione, in modo da uniformare l'apertura delle attività di supporto amministrativo alle attività ambulatoriali.
4. Tutto il personale del Centro Servizi, URP e SIP (240 operatori in tutto) è stato infine coinvolto in un **percorso formativo** della durata di 30 ore proposto in 6 Edizioni, centrato sul tema della comunicazione. La progettazione del corso è stata affidata alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, alla quale è stato affidato il mandato di trasferire al personale dell'accoglienza gli strumenti operativi per una efficace organizzazione e gestione dei rapporti con l'utenza esterna. Al corso hanno partecipato il 78% dei convocati; il giudizio dei partecipanti, elaborato sulla base dei questionari di gradimento, è risultato nel complesso buono.

17.4 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.

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 sono ammessi reclami e segnalazioni.

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 WEB istituzionale.

L'ufficio che gestisce i reclami degli utenti comunica periodicamente al RPCT un report in merito alla presa in carico dei reclami ed al loro stato di avanzamento, anche al fine di poter anche valutare azioni di miglioramento da inserire come obiettivi del PTPCT.

17.5 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:

1. 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;

2. 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;
3. 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;
4. i conteggi per la definizione dei sinistri sono effettuati sulla base delle tabelle previste dalle vigenti normative;
5. 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.

18 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 alto, in particolare sull'innovazione tecnologica, intende rianalizzare il percorso di introduzione delle tecnologie, delineando le misure di prevenzione del rischio più idonee al suo effettivo contenimento, mediante procedure adeguate.

Tale attività di valutazione del rischio emerso, l'adozione delle misure di contenimento e il successivo monitoraggio, verrà portata avanti nel corso del 2018 insieme ai Dirigenti interessati alle attività oggetto di analisi all'interno del progetto "La mappatura delle aree di rischio specifico.

L'intento aziendale 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. Nel corso del 2018 con il Progetto "La mappatura delle aree di rischio specifico", sarà inoltre prevista una analisi più approfondita di tutti i percorsi di possibile introduzione delle tecnologie in Azienda. L'Azienda ha adottato la Procedura per l'introduzione di tecnologie sanitarie (P/903/150) per la valutazione e l'introduzione delle tecnologie sanitarie.

Si veda anche il [Piano strategico pluriennale 2018/2024](#) (in particolare punto 7).

18.1 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 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 Farmacia, il Servizio Prevenzione e Protezione, la UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera e la Fisica Sanitaria.

Tale processo è stato analizzato nel corso di quest'anno all'interno del progetto "La mappatura delle aree di rischio specifico"; le misure emerse saranno inserite negli obiettivi di budget e di valutazione (allegato 1).

E' inoltre in corso l'informatizzazione del processo di accreditamento delle ditte, di autorizzazione degli *specialist* all'accesso ai comparti operatori e di segnalazione delle non conformità.

19 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 vigente normativa:

- il controllo di regolarità amministrativa e contabile garantito dal Collegio sindacale;
- il controllo sulle incompatibilità, cumulo di impieghi e conflitti di interessi dei dipendenti svolto dal Servizio Ispettivo;
- il controllo sul rispetto del codice etico e di comportamento seguito dal UPD;
- il controllo strategico garantito dall'O.I.V. 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 SSP;
- il controllo di qualità e sul rischio clinico gestito dalla 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 Farmacia e UOc Igiene e organizzazione ospedaliera;
- il controllo sull'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione seguito dal RPCT e Rete anticorruzione (allegato 2).



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 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 inseriti nel PTPCT, 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.

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 interessi con le attività istituzionali. In sinergia con la COVACI, pur se per aspetti tecnicamente diversi, opererà il Servizio Ispettivo, di rinnovata istituzione, che si potrà attivare anche su segnalazione della stessa commissione.

Per quanto concerne il controllo sulle incompatibilità ed inconferibilità rispetto agli incarichi di Direttore Amministrativo e Sanitario, il controllo sulle relative autocertificazioni verrà effettuato dal Servizio Ispettivo aziendale previsto dal regolamento aziendale (D/903/153), anche per tale ipotesi, dove sarà a supporto del Responsabile per la prevenzione della corruzione.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione mantiene inoltre i rapporti con gli altri responsabili delle strutture controllate, coinvolgendoli negli eventi formativi organizzati e facendo un monitoraggio rispetto al livello di pubblicazione dei dati ed alla nomina del loro RPCT, per i relativi obblighi, nonché comunicando lo stato dell'arte alla Direzione aziendale.

L'Azienda ha previsto inoltre come obiettivo per il 2018/2019 quello di andare a strutturare progressivamente un sistema di controllo sulle attività convenzionate che vede coinvolte varie funzioni aziendali tra cui il Controllo direzionale, la Contabilità generale e finanza e i referenti amministrativi inseriti nei vari dipartimenti sanitari (che sono anche i Referenti anticorruzione di tali settori).

Nel corso di quest'anno il RPCT ha già preso contatti con il SPP allo scopo di poter coordinare il sistema di monitoraggio dei rischi di corruzione con quello relativo al sistema di sicurezza dei luoghi di lavoro, di simile impostazione; in particolare per poter utilizzare il medesimo programma informatizzato che consenta alla rete anticorruzione una vista complessiva dei rischi per potersi attivare nel monitoraggio.

L'Azienda, nel corso del triennio di valenza del Piano, prevede progressivamente di integrare tali funzioni di controllo interno in un sistema di controlli a rete centralizzato in una funzione interna (Sistema di controllo interno).



Tale funzione di controllo andrà a coordinarsi con la funzione di prevenzione della corruzione, quale lotta ai fenomeni di *mala – administration*. A tale scopo l'Azienda partecipa attraverso il proprio RPCT anche ad un progetto nazionale promosso da FIASO.

20 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 a 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; che non è stato possibile attuare nello scorso anno.

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.

20.1 Procedimento di attuazione del programma e relativa attività di monitoraggio

Per ciascun obbligo di pubblicità è stato individuato (Allegato 6) 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» (allegato 2), 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 viene così periodicamente tenuto sotto controllo dal RPCT.

Viene inoltre pubblicata annualmente sul sito la griglia di attestazione di alcuni obblighi, richiesta da ANAC ed elaborata in collaborazione con l'OIV.

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).

20.2 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.

Tale attività prevista per il 2017 non è stata ancora attuata, viene pertanto riproposta per il 2018.

II. Liste di attesa nella specialistica ambulatoriale

Con riferimento ai tempi di attesa, 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 2017.

Tali dati aggregati danno una rappresentazione retrospettiva, a consuntivo, e riportano per ciascuna prestazione ambulatoriale monitorata: il numero di prestazioni complessivamente erogato nell'anno 2017 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 ulteriori indirizzi tesi ad uniformare le modalità di rilevazione e pubblicazione da parte delle Aziende.



Risulta importante evidenziare che le AOU, diversamente dalle Aziende territoriali, non sono tenute a garantire 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.

Con riferimento ai criteri di formazione delle liste di attesa, l'AOU Careggi già dal 2001 confluisce nel sistema di prenotazione di Area Metropolitana e rende disponibili, attraverso il sistema CUP Metropolitan, contingenti di prestazioni prenotabili di "primo accesso" che, in aderenza al Regolamento aziendale D/903/163 "Gestione dell'attività specialistica ambulatoriale" concorrono a costituire contenitori differenziati in funzione della priorità clinica (DGRT 493/2011 e sue modifiche e integrazioni) espressa dal medico nella prescrizione SSN: U (Urgente, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 48 ore) con appuntamenti aperti alla prenotazione diretta da parte del MMG attraverso un canale telefonico dedicato (c.d. "fast track") di Area Vasta, B (Breve, entro 10 giorni) e D (Differibile, entro 15 giorni per le visite e 30 giorni per gli accertamenti diagnostici più semplici) con appuntamenti 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 (DGRT 1085/2005), riservate invece agli utenti ambulatoriali che già hanno avuto accesso ai 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, da parte dei sanitari e degli operatori dei servizi ambulatoriali, nelle agende delle diagnostiche strumentali e di visite specialistiche.

2. Dipartimento dei Servizi

- Tempi medi di erogazione dei servizi:

ADO Diagnostica per Immagini

- **Tempi di attesa prestazioni per ricoverati:** la priorità dell'ADO Diagnostica per Immagini 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 minor tempo possibile, generalmente entro 24 max 48 ore.

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

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



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

Questa modalità organizzativa ha consentito di:

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

In sostanza, l'obiettivo è quello:

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

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

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

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

Questo modello organizzativo consente ormai dal 2011 la reale presa in carico del paziente facendo sì che non sia l'utente a stabilire i collegamenti tra i diversi punti del sistema, ma che sia il sistema stesso a guidarlo e ad accompagnarlo nel percorso di cura, secondo la logica del modello "*Hub and spokes*", in una logica di rete nella gestione dei pazienti.

L'obiettivo è quello di ampliare l'offerta di prestazioni a disposizione dei prescrittori in modo da coprire interamente il fabbisogno dei pazienti presi in carico dall'AOUC. Permane attualmente una quota parte di domanda 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.



In sintesi, questa modalità ha garantito il rispetto dei criteri di priorità dettati dallo specialista, in base al quadro clinico, assicurando la migliore disposizione logica e temporale delle prestazioni.

ADO Diagnostica di Laboratorio –

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

I TAT predefiniti per gli esami diagnostici eseguiti da parte dei vari laboratori sono consultabili nella pagina web del sito AOUC (<http://www.aou-careggi.toscana.it>) e richiedibili ai singoli laboratori.

I TAT degli esami diagnostici eseguiti per i pazienti ricoverati ed esterni sono rilevabili direttamente dai gestionali utilizzati nei singoli LABORATORI, ovvero DNLAB e ARMONIA (per gli esami di anatomia patologica) e sono consultabili su richiesta.

Per rendere facilmente fruibile e trasparente l'analisi dei TAT degli esami diagnostici, i dati relativi ad un set di esami diagnostici ritenuti rappresentativi dell'attività svolta dai vari laboratori sarà pubblicato e periodicamente aggiornato sul sito di AOUC. La redazione e pubblicazione dei TAT di questi esami diagnostici appare prioritaria al fine di poter misurare eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi prefissati e intraprendere le necessarie azioni correttive per garantire gli standard esplicitati all'utenza.

Questo dato sarà pubblicato appena i dati del flusso SPA saranno consolidati.

20.3 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.

Il 29 gennaio 2018 è programmata la "Giornata della Trasparenza", durante la quale vengono condivisi con tutti gli *stakeholder* interni ed esterni i risultati del primo anno del Progetto "[La mappatura delle aree di rischio specifico](#)".

21 Allegati al Piano

Gli allegati al Piano sono n. 7 e vengono pubblicati direttamente sul sito istituzionale sezione "Amministrazione Trasparente", come le eventuali integrazioni e aggiornamenti.