

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA ANNI 2019 - 2021



“La disperazione più grande che possa impadronirsi di una società è il dubbio che vivere rettamente sia inutile.”

Corrado Alvaro



SOMMARIO

1	PREMESSA.....	5
2	DEFINIZIONE DI "CORRUZIONE".....	5
3	INTRODUZIONE.....	6
4	OBIETTIVI GENERALI E STRATEGIA AZIENDALE.....	6
5	ACRONIMI.....	7
6	DOCUMENTI INTEGRATIVI.....	8
7	ANALISI DEL CONTESTO.....	9
7.1	Analisi del contesto esterno.....	9
7.1.2	Criminalità.....	9
7.1.2	Salute.....	12
7.1.3	L'Azienda.....	14
7.2	Analisi del contesto interno.....	17
8	AMBITO DI APPLICAZIONE DEL PIANO.....	18
9	ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER L'ATTUAZIONE DELLA POLITICA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	19
9.1	Gestore delle comunicazioni di operazioni sospette di antiriciclaggio e finanziamento del terrorismo.....	21
9.2	Responsabile anagrafe della stazione appaltante.....	22
9.3	Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione e Trasparenza.....	22
10	LE RESPONSABILITÀ.....	23
11	PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE.....	25



11.1	STRUMENTO DI ANALISI.....	27
12	LA MAPPATURA DEI PROCESSI AZIENDALI: ATTIVITÀ MAPPATE E ANALIZZATE.....	28
12.1	Area Tecnico – Amministrativa e Staff della Direzione Aziendale	29
12.2	Analisi dei processi trasversali	30
12.3	Mappatura dei processi sanitari e analisi dei rischi di maladministration.....	30
A)	ORGANIZZAZIONE OBIETTIVO E METODOLOGIA.....	30
B)	RESTITUZIONE DEI RISULTATI.....	32
C)	PROCESSI PROGRAMMATI:.....	32
12.4	Analisi dei processi del Dipartimento professioni sanitarie.....	32
13	ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI	33
13.1	Monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione	33
13.2	Riesame delle misure di contenimento del rischio attuate	34
14	OBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	35
15	GESTIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSI.....	35
16	TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI (C.D. <i>WHISTLEBLOWER</i>).....	37
17	CONTROLLO SULLE DICHIARAZIONI DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013.....	38
18	LA FORMAZIONE	39
19	CONVENZIONE PER CONSULENZA /FORMAZIONE/TRAINING IN AMBITO FORMATIVO.....	41
20	ROTAZIONE DEL PERSONALE	42
21	COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE <i>PERFORMANCE</i>	43



22	PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE: MISURE ULTERIORI.....	44
22.1	Informatizzazione e dematerializzazione dei processi.....	44
22.2	Gestione delle liste di attesa e ottimizzazione della programmazione chirurgica e dei servizi erogati ..	45
22.3	Riorganizzazione accoglienza	45
22.4	La tutela dei cittadini/utenti (gestione reclami e segnalazioni).....	47
22.5	Gestione stragiudiziale sinistri	48
23	INNOVAZIONE E SVILUPPO	48
23.1	Informazione Medico-scientifica.....	49
24	CONTROLLI INTERNI.....	49
25	IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA	52
25.1	Procedimento di attuazione del programma e relativa attività di monitoraggio.....	52
25.2	Pubblicazione dei dati relativi al monitoraggio dei tempi delle liste d'attesa e dei servizi erogati.	53
25.3	Giornata della Trasparenza e rapporti con il cittadino/utente	57
26	ALLEGATI AL PIANO	57

Gruppo di lavoro: Chiara Ulivieri e Claudia Muscolino (Supporto stabile RPCT), Michele Bachechi (Area Tecnica), Sheila Belli e Paolo Campigli (Direzione Operativa), Nicola Berti (SPP e Controlli Interni), Claudio Carpinì (Accoglienza e URP), Fabiola Piatti e Rossella Giunti (DPS), Matteo Tomaiuolo (Supporto governo offerta ambulatoriale), Stefano Vezzosi (Area Innovazione Controllo e Qualità), Cristina Poggiali (Referente DAI dei Servizi)

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Simona Orsi	Responsabile Prevenzione Corruzione e per la trasparenza		
VERIFICA	Filomena Autieri	UO Accreditamento, Qualità e M.C.		
APPROVAZIONE	Donato Rocco Damone	Direttore Generale		



1 Premessa

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione costituisce l'atto attraverso il quale individuare le strategie principali per la prevenzione ed il contrasto della corruzione. La Trasparenza rappresenta la principale misura di prevenzione della corruzione e per tale motivo, il Programma per la trasparenza è stato inserito già da subito all'interno del Piano di prevenzione della corruzione così come indicato anche dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) di ottobre 2015.

Il Piano non può essere visto come un'attività compiuta, con un termine di completamento finale, ma va inteso come un insieme di azioni e strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono via via affinati, modificati o sostituiti in relazione alla risposta ottenuta dalla loro applicazione, dai mutamenti dell'ambiente interno ed esterno e dalle indicazioni contenute nei PNA e nelle linee guida di ANAC.

Il presente Piano costituisce dunque l'aggiornamento relativo al triennio 2019-2021 del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, adottato con Provv. del Direttore Generale n. 58/2014 e dei successivi aggiornamenti Rev.1- Provv. del D.G. n. 136/2015, Rev. 2 - Provv. del D.G. n. 65/2016, rev. 3 - Provv. del D.G. n. 213/2017, rev. 4 - Provv. del DG n. 95/2018.

L'adozione definitiva del Piano farà seguito all'attivazione di una procedura di consultazione "aperta" di 10 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 Definizione di "Corruzione"

La legge non contiene una definizione di corruzione. La circolare 1/2013 del Dipartimento della funzione pubblica definisce tale fenomeno in modo ampio come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto pubblico del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Tale termine pertanto comprende, non solo l'intera gamma dei delitti contro la P.A. disciplinati dal codice penale, ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, emerga un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

L'aggiornamento 2015 del PNA, fa riferimento alla *maladministration* intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio, diretto o indiretto, da parte di interessi particolari del dipendente pubblico.



Il concetto di “corruzione” viene affrontato pertanto nel presente Piano in senso lato, considerando quale oggetto di analisi tutte le azioni che possano concretizzare ipotesi di reato in senso stretto fino ad arrivare alla *maladministration*.

3 Introduzione

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

Nello svolgimento delle attività previste dalla L. n. 190/2012 "*Disposizioni per la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", dai decreti attuativi, dalle Linee di Indirizzo del Comitato interministeriale (d.p.c.m. 16 gennaio 2013), dai Piani nazionali e dai PTPCT, il RPCT è attualmente coadiuvato dall'Organismo di supporto e dalla Rete (allegato 2).

Il PTPCT, ha tenuto conto di tutta la normativa relativa alla prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza, adattandola al proprio contesto.

Sin dall'inizio il PTPCT è stato elaborato con il coinvolgimento e la partecipazione attiva delle aree di attività aziendali attraverso la collaborazione dei Dirigenti e dei Referenti (*focus group*) nell'attività di individuazione, nell'attività di analisi e misurazione, di proposta e di definizione delle azioni di prevenzione e di monitoraggio sulla loro attuazione.

L’Azienda sta inoltre collaborando con le altre istituzioni presenti sul territorio regionale e nazionale (Università degli Studi di Firenze, Gruppo di Coordinamento RPCT della Regione Toscana, ARS, Agenas, Gruppo nazionale degli RPCT, Illuminiamo la Salute, *Transparency International Italia*, FIASO) allo sviluppo di iniziative che riguardino il tema della prevenzione della corruzione e la promozione dell'etica e della legalità nel settore sanitario.

Il presente Piano è stato pubblicato in consultazione aperta sul sito aziendale ed è stato inviato al Collegio Sindacale, all'OIV e adottato dal Direttore Generale su proposta del RPCT.

4 Obiettivi generali e strategia aziendale

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 e l'integrità all'interno dell'organizzazione e dei processi di lavoro.

Questi obiettivi si sviluppano a livello decentrato in Azienda nella individuazione e attuazione di una serie di misure obbligatorie e specifiche che sono indicate all'interno del Piano (allegato 1).

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), nel nuovo PNA 2016 (delibera ANAC n. 833/2016), nell'aggiornamento al PNA anno 2017 e 2018 (rispettivamente delibera ANAC n. 1208 del 22/2017 e n. 1074 del 21 novembre 2018).

La scelta dell'Azienda nella prevenzione della corruzione è quella di prediligere un approccio orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità, piuttosto che basato solo su regole e misure repressive. In tal senso viene promossa la collaborazione da parte dei vari soggetti interni ed esterni nell'elaborazione di strategie e strumenti per promuovere e diffondere la legalità e l'integrità, contribuendo così in maniera attiva a garantire la tutela dell'interesse della collettività. Inoltre la strategia per la prevenzione della corruzione segue un approccio sistemico, le singole misure agiscono in maniera intercorrelata e sinergica per ottenere un risultato efficace e in grado di generare valore su più fronti nella prevenzione della corruzione.

5 Acronimi

ADO	Area dipartimentale omogenea
AGENAS	Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ANAC	Autorità Nazionale AntiCorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche
AQRM	UO Accreditamento Qualità e <i>Risk Management</i>
ARS	Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
BDNCP	Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici
CIG	Codice identificativo di gara
CRCR	Centro regionale per le criticità relazionali
DAI	Dipartimento ad attività integrata
DPS	Dipartimento professioni sanitarie
FAD	Formazione a distanza.
FMECA	<i>Failure Mode Effect and Criticality Analysis</i>



FORMAS	Laboratorio regionale per la formazione sanitaria
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
UO	Unità Operativa
UPD	Ufficio Procedimenti Disciplinari
URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico
PTPCT	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
PO	Posizione organizzativa
RASA	Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
RPCT	Responsabile prevenzione della corruzione e per la Trasparenza
SIP	Servizi integrati di padiglione
SOD	Struttura Organizzativa Dipartimentale
SPP	Servizio prevenzione e protezione
SSR	Servizio Sanitario Regionale

6 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 del RPCT
- Attestazione annuale dell'OIV degli obblighi di pubblicazione sul sito sezione "Amministrazione Trasparente"
- Piano annuale di formazione – PAF (per la specifica parte di interesse)
- Piano delle performance.

7 Analisi del contesto

La finalità 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 e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quindi quella relativa all'analisi del contesto, esterno e 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).

7.1 Analisi del contesto esterno

7.1.2 Criminalità

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. Si richiama anche la "[Relazione al Parlamento sull'attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata](#)"

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.

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.



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 sono 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 anziché a 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 vedano 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 Scuola Normale Superiore 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, 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". Il rapporto passa 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.



Anche il “Secondo [Rapporto sui Fenomeni di Criminalità organizzata e corruzione in Toscana anno 2017](#)” (pubblicato il 21 settembre 2018), della Scuola Normale di Pisa si è dimostrato uno strumento efficace nell’analizzare l’evoluzione dei fenomeni di economia criminale, nei quali tra le aree sensibili alle pratiche corruttive in Toscana, al primo posto si colloca il settore dell’assistenza (2,3%), seguono gli uffici pubblici e la sanità entrambi con il 2,1%, il lavoro con il 2%, infine l’istruzione con lo 0,8%. Se nella sanità si includono anche richieste inappropriate da parte dei medici di effettuare visite private, la percentuale di risposte affermativo sale fino al 7,9% dei casi. I valori delle risposte affermativo aumentano significativamente quando nel sondaggio si fa riferimento a episodi “indiretti”, ovvero tramite conoscenza di situazioni in cui altri abbiano avuto l’esperienza di richieste di denaro, favori o regali in cambio di atti o servizi forniti da agenti pubblici.

Le statistiche giudiziarie fornite dall’ISTAT permettono di tracciare una prima istantanea sulle sentenze e sul numero dei reati classificabili come delitti contro la pubblica amministrazione, tra cui quelli di corruzione. Al netto di variazioni - in alcuni casi sostanziali – a livello regionale, sull’intero territorio italiano è possibile notare in media una prevalenza di sentenze per reati di peculato e di corruzione per atto contrario a doveri di ufficio. Tuttavia, sulla base dei dati relativi all’anno 2016, si evidenzia che la Toscana si discosta in modo virtuoso dalla media italiana. Il numero di sentenze per peculato è in linea con la media italiana (sette ogni milione di abitanti), rappresentando il tipo di reato più diffuso a livello toscano. L’unica deviazione in negativo è offerta dal numero di sentenze e reati di istigazione alla corruzione con tre sentenze e reati riconosciuti per ogni milione di abitanti in Toscana. Un incremento significativo è riscontrabile, invece, nell’ambito dei reati tributari, un settore particolarmente vulnerabile rispetto al rischio di corruzione. I numeri relativi ai reati urbanistici sono troppo esigui per ricavarne indicazioni significative. Aumentano i casi di peculato, malversazione e frode nelle pubbliche forniture (+7%) e quelli di associazione a delinquere (+12%). Appare altresì critico l’aumento di casi di turbativa d’asta (+22%), in controtendenza rispetto al livello nazionale. A livello toscano, la maggiore criticità resta l’aumento di corruzione in appalti per servizi (+22%) e giustizia e contenziosi (+12%); in flessione i casi di corruzione riguardo a controlli e verifiche e quelli relativi al governo del territorio, questi ultimi azzerati nel corso del 2017. Al contempo, è stato rilevato un incremento in termini assoluti di eventi con un potenziale corruttivo e un ruolo significativo da parte di manager e funzionari pubblici, rispettivamente con le percentuali di + 24% e 9%.

L’ISTAT per la prima volta ha inoltre 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%).

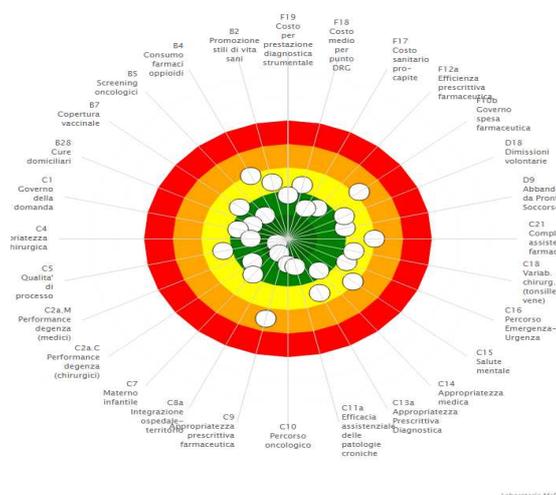
Anche il settore "[Sistema informativo di supporto alle decisioni. Ufficio regionale di Statistica](#)" della [Regione Toscana](#) analizza la soddisfazione delle famiglie rispetto a cinque aspetti della vita: situazione economica, salute, relazioni familiari, relazioni amicali, tempo libero e percezione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

Complessivamente in Italia si nota una percentuale in crescita - non in termini assoluti - di casi in cui la corruzione è funzionale alla facilitazione dell'operato di organizzazioni criminali e mafiose; in Toscana si rileva una riduzione di eventi che sfociano in danni ambientali, impattano nell'accesso ai servizi, o si risolvono nella negazione del diritto alla salute, per quanto - nell'analisi del dato regionale - l'esiguità dei casi trattati renda il dato significativo solo per un mero scopo illustrativo, senza individuare le reali linee di tendenza.

7.1.2 Salute

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 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 cardiovascolari 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 recenti scelte politiche sul sistema sanitario regionale, le Aziende del servizio sanitario sono state toccate negli ultimi anni da riforme sostanziali, con azioni di rimodellamento e concentrazione delle funzioni direzionali. Il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo avvenuto con la legge regionale toscana 28 dicembre 2015, n. 84 ha 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 evidenzia, comunque, l'allungamento dell'aspettativa di vita e l'accessibilità ai servizi e si mantiene migliore rispetto al livello nazionale.

Si richiama anche il [portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica](http://www.epicentro.iss.it/territorio/Toscana/) a cura del Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità (<http://www.epicentro.iss.it/territorio/Toscana/>).

7.1.3 L'Azienda

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

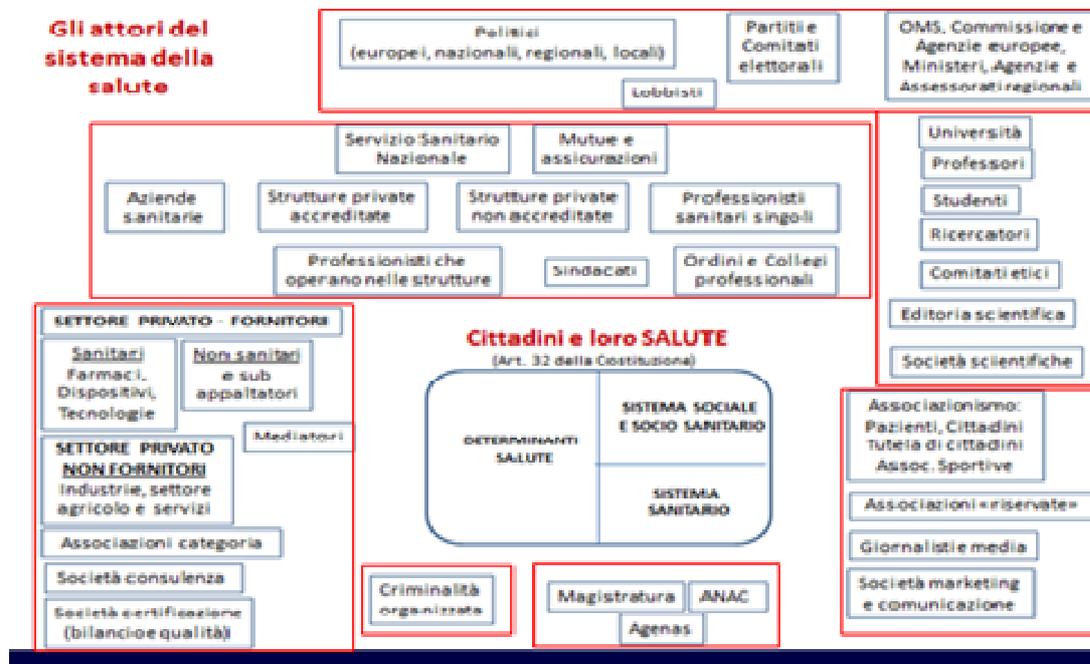
Insieme ai fenomeni corruttivi e di *mala-gestio*, è stata ritenuta rilevante l'analisi del conflitto di interessi, considerando un dato acquisito quello per cui il conflitto di interessi, quale fenomeno particolarmente condizionante il SSN, insieme a quello delle asimmetrie informative, è elemento che, alimentando a vari livelli comportamenti dannosi per la collettività, può minare l'integrità ed il corretto funzionamento del sistema.

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

Questo settore di interesse, già analizzato nel 2017 nel progetto aziendale di mappatura delle aree di rischio specifico, sarà 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.

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

Relativamente 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. Il rapporto con tali organismi è stato oggetto di analisi all'interno del **Progetto di mappatura delle aree di rischio specifico** (2017).



Molti attori e ognuno con un proprio interesse

(Massimo Brunetti - Direttore Servizio *Internal Audit* e Disciplinare Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza Azienda USL Modena)

Per cercare di prevenire condizionamenti e ricondurre il rapporto tra soggetti esterni e Azienda entro percorsi corretti, sono state adottate alcune misure specifiche, che rendano trasparenti tali rapporti, anche allo scopo di favorire un controllo dall'esterno da parte dei portatori di interessi.

Le misure sono:

1. il regolamento sull'informazione medico-scientifica e l'attività degli *specialist* di prodotto presso i comparti operatori adottato nel 2015 e recentemente aggiornato;
2. il regolamento sugli incarichi extra-istituzionali (adottato nel 2016 e in fase di aggiornamento);
3. specifici accordi tra Azienda e soggetti privati esterni per le attività di consulenza, convegnistica e formazione training in ambito formativo che coinvolgano professionisti aziendali dove il rapporto è tenuto direttamente dall'Azienda (regolamento D/903/160 adottato a febbraio 2017 e in fase di aggiornamento);



4. stipula dei patti di integrità/protocolli di legalità che impegnano i fornitori/sponsor/finanziatori nella loro sottoscrizione;
5. protocollo di intesa con UNIFI per la gestione dei conflitti di interessi e incompatibilità del personale universitario in afferenza assistenziale (adottato nel 2016 ed in fase di aggiornamento);
6. costituzione di un *Clinical Trial Center* (CTC) quale supporto alle sperimentazioni cliniche, profit e no-profit, per quanto concerne in particolare le attività tecnico-amministrative, anche ai fini di garantire la trasparenza dei rapporti con gli sponsor e i finanziatori esterni nell'ambito della ricerca (2016);
7. procedura per regolamentare l'attività formativa sponsorizzata (2016);
8. regolamento sul contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo (adottato nel 2016 ed in fase di aggiornamento a seguito delle novità introdotte dal D.Lgs n. 90/2017);
9. protocollo di assistenza socio-sanitaria, di tutela e di promozione sociale per disciplinare il rapporto con le associazioni di volontariato presenti all'interno dell'Azienda (2015);
10. specifici organismi per la gestione dei conflitti di interessi e incompatibilità rispetto alle attività extra-istituzionali dei professionisti: COVACI (2016) ed Servizio Ispettivo (2016).

Nel corso del 2016/2018 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 al fine di stimolare l'autocontrollo da parte dei professionisti:

1. percorsi formativi per il personale, volti ad aumentare la consapevolezza dei professionisti, comprensivi anche degli aspetti etici e di integrità (2014/2018);
2. mappatura delle aree di rischio con il coinvolgimento dei professionisti in gruppi multidisciplinari insieme a esperti del settore analizzato (si veda il successivo paragrafo 9);
3. attribuzione di obiettivi di *budget* e di valutazione individuale legati anche alle tematiche della trasparenza e prevenzione della corruzione con relativi indicatori.



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 potrebbe verificarsi un condizionamento dell'interesse pubblico, ritenendo la trasparenza un importante strumento di deterrenza delle possibili situazioni di “*mala gestio*”.

7.2 **Analisi del contesto interno**

L'Azienda 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:

4. 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;
5. la lenta affermazione, all'interno della P.A. in genere, di una cultura della trasparenza, eticità e correttezza dell'agire professionale;
6. 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;
7. 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;

8. 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. 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 a 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](#)).

8 Ambito di applicazione del Piano

Il Piano si applica a:

1. tutti i dipendenti dell'Azienda appartenenti all'area del comparto e alle aree della dirigenza sanitaria e PTA con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, anche in posizione di comando o assimilata;
2. 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;
3. coloro che, direttamente o indirettamente, stabilmente o temporaneamente, instaurano rapporti o relazioni con l'Azienda e operano per perseguirne gli obiettivi, quali i collaboratori, i consulenti, i tirocinanti, gli specializzandi e i frequentatori con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, 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 PTPCT si parla di dipendente/professionista nel concetto vengono ricomprese tutte le categorie sopra individuate, salvo specifiche eccezioni rilevate.

9 Organizzazione aziendale per l'attuazione della politica di prevenzione della corruzione

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

- **Direzione Aziendale** che riveste il ruolo determinante di guida nell'attuazione della politica di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza, fornendo le risorse necessarie e predisponendo le linee strategiche; condivide le proposte avanzate dal RPCT attraverso il sostegno 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 e integrità** (RPCT) che 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 predispone la formazione generale e specifica dei professionisti sulle tematiche di prevenzione della corruzione trasparenza e integrità. Controlla inoltre l'adempimento degli obblighi di pubblicazione sul sito come previsto dalla normativa, verificandone la completezza e il periodico aggiornamento.

Il RPCT segnala al Direttore Generale, all'OIV, all'ANAC e, all'UPD, i casi di mancato o ritardato adempimento sia degli obblighi di pubblicazione, sia delle misure di prevenzione della corruzione/mala-amministrazione previste nel Piano, ai fini dell'attivazione delle diverse forme responsabilità previste.

- **Dirigenti responsabili delle strutture aziendali** che concorrono con il RPCT e la Direzione alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto delle stesse da parte dei dipendenti che afferiscono alla struttura/area cui sono preposti; partecipano attivamente all'elaborazione e attuazione del PTPCT e prestano la propria collaborazione in termini di contributo conoscitivo e di diretta responsabilità per gli atti compiuti a supporto dell'opera degli organi di indirizzo. I dirigenti sono investiti degli obblighi inerenti la trasparenza, 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.

- **L'Organismo di Supporto alle funzioni del RPCT** (di seguito anche solo Organismo di supporto) che svolge attività a supporto del RPCT nella programmazione e attuazione della politica di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità contenuta nel Piano. L'Organismo si sub-articola in un gruppo di supporto operativo al RPCT e in un gruppo di supporto alle politiche.

L'organismo in particolare con il gruppo di supporto alle politiche, è quale sede privilegiata di analisi, proposta, monitoraggio delle attività aziendali in relazione alle problematiche in materia di anticorruzione, trasparenza e attività correlate, è coordinato dal RPCT e composto da dipendenti che operano stabilmente con il RPCT e altri provenienti da varie aree di attività aziendali, a cui rimangono assegnati, individuati dal RPCT, in accordo con la Direzione e le aree di afferenza; questi ultimi prestano collaborazione alla politica di prevenzione della corruzione e trasparenza per quota parte della loro attività, in quanto rappresentativi di aree strategiche dell'Azienda, che necessariamente devono cooperare alla determinazione e attuazione di tali obiettivi (allegato 2).

- **Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza** (di seguito Referenti - allegato 2) che sono nominati dal RPCT su proposta del Direttore/Responsabile dell'area di riferimento, tra soggetti aventi adeguata conoscenza rispetto alle attività dell'area e con caratteristiche di integrità.

I Referenti vengono individuati nelle aree di attività in cui risulta necessario un particolare supporto all'attività del RPCT, data la specificità dell'area di afferenza; diversamente il RPCT mantiene i rapporti direttamente con il Dirigente. I Referenti possono fare parte anche dell'Organismo di Supporto di cui al precedente punto.

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

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

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

Per le aree interessate i Referenti nell'attività di prevenzione e controllo avverso i fenomeni di antiriciclaggio e contro il finanziamento del terrorismo, di cui agli obblighi

della D.Lgs. n. 90/2017 e della regolamentazione interna, supportano il RPCT, quale “Gestore”, individuato dall'Azienda ai sensi della predetta normativa.

Nell’ottica di un sistema di monitoraggio e controlli a rete con il RPCT, tutti i Referenti svolgono un’attività di monitoraggio per l’adozione delle misure di contenimento del rischio proposte e approvate con il PTPCT (allegato 1), nonché in merito alla loro effettiva efficacia sul rischio emerso; informano inoltre il RPCT di eventuali criticità riscontrate nell’attuazione delle misure individuate, al fine di poter proporre alla Direzione possibili interventi correttivi e misure ulteriori da attuare. Si richiama anche il paragrafo 9.5.

- **Responsabili Sanitari di Dipartimento (RSD)** (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 e 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’attuazione e 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 il Referente di eventuali criticità emerse al fine di proporre alla Direzione possibili interventi e misure di natura preventiva.
- **Operatori dell’Azienda** che partecipano al processo di gestione del rischio; osservano le misure contenute nel presente PTPCT e nel Codice 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** che 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.

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

9.1 Gestore delle comunicazioni di operazioni sospette di antiriciclaggio e finanziamento del terrorismo



L'Azienda con provvedimento del Direttore Generale n. 300/2016 ha individuato il RPCT quale Gestore delle comunicazioni di operazioni sospette di antiriciclaggio e finanziamento del terrorismo, di cui al decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231.

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

9.2 Responsabile anagrafe della stazione appaltante

L'Azienda con provvedimento del Direttore Generale n. 521/2014 aveva nominato Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA) la dott.ssa Elisabetta Vannacci, dirigente amministrativo afferente all'Area Tecnica.

A seguito di comando della dott.ssa Vannacci a gennaio 2019 presso altra Azienda del Servizio Sanitario della Regione Toscana la nuova nomina a Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA) in sua sostituzione è in corso di valutazione da parte della Direzione Aziendale. Il nuovo nominativo sarà pubblicato di seguito in allegato 2 al presente Piano come aggiornamento.

Il RASA viene nominato ai sensi della L. n. 241/90 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.

9.3 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.

Il Gruppo è coordinato da un dirigente dell'Assessorato al Diritto alla salute, al *welfare*, all'integrazione socio-sanitaria e sport e si riunisce mensilmente; il Gruppo opera su tematiche specifiche portate avanti da gruppi di lavoro costituiti dai vari RPCT delle Aziende e Enti del SSR i cui risultati sono condivisi in plenaria.

A tale Gruppo partecipano insieme alle Aziende, alcuni enti del sistema sanitario toscano, 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 è continuato nel 2018 e che ha avuto lo scopo di diffondere conoscenze e buone pratiche, ma anche di rafforzare l'identità della rete.

10 Le responsabilità

Sono identificabili quattro tipologie di responsabilità principali:

- La **responsabilità del Direttore Generale**. Oltre alla responsabilità per la corretta applicazione del PTCP 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 PTCP, del Programma triennale per la trasparenza o dei Codici di comportamento, a cui equivale la mancanza di elementi minimi.
- La **responsabilità del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza**. 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 e 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.

- La **responsabilità dei dirigenti**. La violazione del dovere di collaborazione nei confronti del RPCT è sanzionabile disciplinarmente e con particolare rigore (art. 8 - DPR n. 62/2013). Oltre alla responsabilità per il non rispetto del PTPCT all'interno dell'area di rispettiva competenza e l'applicazione delle misure di contenimento del rischio, l'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012, stabilisce 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. L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente insieme al rifiuto e al differimento e la limitazione dell'accesso civico, al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 5-bis, costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'Azienda e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla *performance* individuale dei responsabili. (articolo 46, comma 1 D.Lgs n. 33/2013).
- L'**Organismo di Supporto** al RPCT è responsabile del supporto fornito al RPCT nella programmazione, attuazione, controllo e monitoraggio della politica di prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità contenuta nel PTPCT. I dipendenti afferenti a tale Organismo sono pertanto responsabili della collaborazione fornita al RPCT nella determinazione, attuazione e monitoraggio della politica aziendale di prevenzione della corruzione e trasparenza.
- I **Referenti anticorruzione** e la **Rete anticorruzione** sono responsabili della collaborazione fornita al RPCT e all'Organismo di supporto nella programmazione e attuazione della politica di prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità contenuta nel PTPCT. In particolare sono responsabili del supporto fornito al RPCT nella programmazione, attuazione, controllo e monitoraggio della misure di contenimento del rischio programmate per gli anni di riferimento e contenute nel PTPCT.
- 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 gli operatori che svolgono attività presso la stessa; la loro violazione potrebbe costituire illecito disciplinare.



Al 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 approvato in data 16 novembre 2016.

11 Processo di gestione del rischio di corruzione

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

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

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

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

1. la mappatura e analisi dei processi di ogni area aziendale considerata;
2. l'individuazione delle criticità e delle attività a rischio (*maladministration*);
3. la valutazione e ponderazione del rischio emerso per ogni processo,
4. la definizione delle misure per la sua prevenzione, valutando quelle già in essere e quelle nuove da adottare;
5. la valutazione del rischio residuo a seguito dell'attuazione delle misure proposte;
6. l'attività di monitoraggio, controllo e valutazione delle misure adottate, che ha lo scopo di verificarne l'attuazione, la successiva efficacia e la necessaria implementazione.

Nell'eventualità che il rischio residuo, individuato dal gruppo di lavoro che ha affrontato l'analisi, non raggiunga una considerevole riduzione del rischio corruttivo, (rischio medio/basso), neanche a seguito delle misure di contenimento proposte, lo stesso processo sarà sottoposto a una ulteriore analisi di approfondimento nell'anno successivo per valutare le misure necessarie da programmare.

Le aree di rischio individuate dalla Legge e dall'aggiornamento 2015 del PNA sono distinte in aree generali e aree specifiche e sono le seguenti:



a. Aree di rischio generali previste dalla L. 190/2012, art. 1, c. 16:

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

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

- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Incarichi e nomine
- Affari legali e contenzioso

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

- Attività libero professionale e liste di attesa
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione, sponsorizzazione
- Attività conseguenti al decesso intra-ospedaliero

d. Aree di rischio ulteriori individuate dall'Azienda (allegato 1 ai Piani):

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

11.1 Strumento di analisi

La scheda di analisi predisposta dall'AOUC Careggi per la mappatura delle aree di rischio (vedi allegato 1) non è più quella proposta dal PNA 2013 di ANAC usata per l'analisi delle aree di rischio obbligatorie e generali nel 2014/2015. L'evoluzione della scheda di analisi è servita a superare l'utilizzo di domande precostituite uguali per tutte le tipologie di attività, risultato poco funzionale alla emersione del rischio di corruzione. Per l'analisi del rischio specifico è stata invece utilizzata direttamente, negli ultimi anni, tale scheda costruita appositamente per consentire 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 del processo) in presenza di docenti esperti nelle materie di analisi.

L'analisi ha le seguenti caratteristiche:

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

Il vantaggio di questo approccio sta nel ridurre i rischi da analizzare selezionandoli con una prima discussione tra gli attori del processo. Inoltre i rischi vengono catalogati in rischi corruttivi e in rischi organizzativi.

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

Da tale analisi vengono evidenziati i rischi corruttivi, ma anche i rischi organizzativi, che vengono rimessi, in accordo con la Direzione Aziendale, al Direttore del DAI/Area/Struttura/UE di riferimento, affinché vengano presi in carico e gestiti per un miglioramento organizzativo.

12 La mappatura dei processi aziendali: attività mappate e analizzate

Nel 2014 è stata portata avanti la mappatura dei rischi dell'Area Tecnica e 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 a oggetto l'analisi rispettivamente di alcuni processi trasversali alle aree di attività aziendali 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.

Nel 2018 è iniziata inoltre l'analisi dei processi sanitari.

Il corrente anno, vedrà progressivamente, quale ambito prioritario di interesse, con il coinvolgimento diretto dei professionisti:

1. il prosieguo dell'analisi dei processi trasversali (che interessano trasversalmente più aree di attività aziendali e impattanti sulle aree a rischio specifico);
2. la mappatura delle aree di rischio specifico (sanitarie);
3. un progressivo approfondimento di analisi delle aree di rischio obbligatorio e generale (area tecnico-amministrativa e staff della Direzione), 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 già iniziato nel 2018.

La mappatura e analisi dei processi ai fini della rilevazione dei rischi corruttivi viene portata avanti coordinandosi anche con il Gruppo di coordinamento regionale degli RPCT, allo scopo di costituire un catalogo regionale che permetta un confronto tra le varie Aziende del Sistema sanitario regionale.

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 migliorare 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.

Gli esiti dell'attività di mappatura fatta nell'anno sono pubblicati direttamente sul sito aziendale sezione "Amministrazione Trasparente" - [Piano triennale per la prevenzione della corruzione](#).



12.1 Area Tecnico – Amministrativa e Staff della Direzione Aziendale

La prima 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 della Regione Toscana.

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.

Nel corso del 2018 è iniziata una rivalutazione dei processi delle aree tecnico-amministrativa e staff allo scopo di verificare l’efficacia delle misure a suo tempo adottate e l’impatto della riorganizzazione posta in essere dalla Direzione su quelle aree di attività in questi ultimi anni.

Per i processi afferenti all’area tecnica l’*iter* di analisi, iniziato 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 dal grado di rischio a suo tempo emerso. Il percorso di rivalutazione iniziato nel 2018 si svolgerà progressivamente nel corso del triennio di valenza del presente Piano.

Nel 2018 l’analisi ha riguardato la mappatura dei processi dell’Area Tecnica di programmazione, progettazione, aggiudicazione e realizzazione e è stato portato avanti insieme al Referente anticorruzione e trasparenza, ai Dirigenti e alle posizioni organizzative di questa area.

Nel 2019 seguirà la mappatura dei processi di manutenzione, variante in corso d’opera e procedura in somma urgenza e la pesatura del rischio di tutti i processi mappati nel 2018 e 2019.

Questa attività di analisi sarà accompagnata da un’attività di formazione specifica.

Nel 2018 è iniziata anche la rivalutazione dell’area amministrativa e di staff, partendo da un progressivo riesame dei processi precedentemente valutati come a rischio medio-alto, che continuerà nel corso del 2019/2021 progressivamente su tutti i processi. L’attività ha inizio con i processi dell’UO Amministrazione del Personale.

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 2018 per la mappatura delle aree trasversali e a rischio

specifico, in quanto ritenuto maggiormente funzionale all'emersione del rischio (si vedano i punti 9 e 10), rispetto alla metodologia attuata nel 2014/2015.

12.2 Analisi dei processi trasversali

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

Nei primi due anni 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 2019, l'analisi continuerà con i restanti processi di attività che prevedono un rapporto con i soggetti privati, ma sarà anche dato spazio all'analisi di quei processi che comportano un'interfaccia con i cittadini utenti, analisi comunque iniziata già a fine 2018 (consenso informato).

12.3 Mappatura dei processi sanitari e analisi dei rischi di *maladministration*.

a) Organizzazione Obiettivo e Metodologia

Struttura responsabile del raggiungimento dell'obiettivo: Direzione Operativa.

Altre strutture a supporto per l'analisi: Dipartimento Professioni Sanitarie, Area Innovazione Controllo e Qualità, Organismo di Supporto RPCT. Integrano il Gruppo di Lavoro il Responsabile sanitario e il Referente anticorruzione dell'area di attività di riferimento.

La mappatura dei processi sanitari è stata avviata nel 2018 con la partecipazione di professionisti direttamente coinvolti nel processo (medici, infermieri, ostetriche, ecc.), coadiuvati nella descrizione e rappresentazione del processo dal gruppo di lavoro, così come sopra individuato. La partecipazione a questa attività di professionisti di estrazione diversa permette un'analisi a tutto tondo del processo con l'individuazione di criticità sia corruttive che organizzative che potrebbero favorire comportamenti di *maladministration*.

Filosofia

1. coinvolgimento di varie figure professionali;
2. disegno del processo attuale e non ideale;
3. raccolta di tutte le criticità senza pregiudizio;

4. confronto tra gli attori esperti del processo;
5. oggettivazione dell'analisi con raccolta di un set di informazioni di base;
6. quantificazione numerica del livello di rischio.

Metodologia

Il reclutamento dei partecipanti avviene con il seguente iter: il RPCT informa i Direttori del Dipartimento di volta in volta protagonista dell'analisi di interesse, mediante la presentazione del progetto.

I Direttori indicano i nomi dei professionisti che ritengono opportuno coinvolgere (medici, infermieri, ostetriche, biologi, tecnici, ecc..) che, a loro volta, vengono contattati dal Coordinatore del tavolo e convocati ai vari incontri al fine di definire la mappatura. Per tale attività sono reclutati anche RA (quali Referenti) e RSD del DAI di riferimento.

I partecipanti vengono convocati a una serie di incontri della durata di due ore circa, durante i quali - con l'ausilio di una conversazione guidata da parte del coordinatore - sono invitati a descrivere le loro attività quotidiane e i relativi aspetti sia positivi che critici, nonché le eventuali azioni di miglioramento già individuate, o che possano emergere in sede di riunione. Il gruppo di lavoro raccoglie queste osservazioni, che successivamente vengono riportate nella scheda.

All'inizio di ogni incontro l'elaborazione effettuata viene condivisa con i professionisti, al fine di trovare massimo accordo sulla rappresentazione. Talvolta, la raccolta delle informazioni è arricchita da un sopralluogo negli ambienti sanitari in cui il processo si svolge.

Il prodotto finale viene poi condiviso dal RPCT con il Direttore DAI e lo Staff per l'individuazione delle misure di contenimento del rischio/i corruttivo/i eventualmente emerso da programmare per gli anni di riferimento del PTPCT.

Gli strumenti a disposizione del gruppo sono i seguenti:

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

La scheda (vedi allegato 1), è costruita appositamente dall'Azienda e abbraccia la tecnica FMECA (*Failure Mode Effect and Criticality Analysis*), utilizzata in molti ambiti di gestione del rischio.

Fasi di analisi:

1. individuazione del processo, input e output, risorse, vincoli, Responsabile/altri attori;
2. scomposizione del processo in fasi e attività;
3. descrizione delle attività e delle risorse che vi partecipano;

4. raccolta delle criticità nelle varie fasi del processo (sia organizzative che di *maladministration*) in ottica di RBT (*Risk Based Thinking*);
5. descrizione delle criticità;
6. pesatura delle criticità a rischio corruttivo in termini di PDR (Probabilità – Danno – Rilevabilità) con analisi FMECA;
7. individuazione delle misure di miglioramento;
8. pesatura del rischio residuo.

b) Restituzione dei risultati

Il gruppo di lavoro, conclusa l'analisi con i professionisti, restituisce la scheda al RPCT per tradurlo in obiettivi di miglioramento e, di conseguenza, in obiettivi di valutazione che sono oggetto di negoziazione con l'organizzazione coinvolta nel processo e la Direzione Aziendale.

c) Processi programmati:

Nel **2018**:

1. Processo Nascita (concluso);
2. Processo Emergenza (in corso);
3. Processo Cure Intensive post-chirurgia elettiva (2018/2019).

Nel **2019**:

1. Processo area critica (post-chirurgia elettiva, emergenza urgenza e processo neonatale - TIN);
2. Processo ambulatoriale e chirurgico (prima analisi 2017 da ridefinire nel 2019);

Nel **2020**:

1. Processo riabilitazione
2. Processo medico;
3. Processo oncologico.

12.4 Analisi dei processi del Dipartimento professioni sanitarie

Per l'anno in corso proseguirà la mappatura dei Processi afferenti al DPS (allegato 1). Nel 2018 è stato mappato il Processo Prevenzione e Trattamento lesione cutanee (UDP). La mappatura del Processo, analizzando le fasi di pertinenza, è stata effettuata utilizzando la metodologia e gli strumenti dello scorso anno cioè una metodologia *Risk Based Thinking*, comprensiva di ambiti relativi a qualità e sicurezza delle cure, salute e sicurezza degli operatori, *mala-administration* 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 2019) 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 specifiche" (paragrafo 8.1), in più è stata utilizzata una scheda di rilevazione dei portatori di interesse e la loro rilevanza all'interno dei processi mappati.

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

Per il 2019 è prevista la mappatura del "processo trasporto materiale sanitario": attività effettuata da operatori afferenti al DPS. La metodologia e gli strumenti saranno gli stessi adottati negli anni precedenti.

13 Assegnazione degli obiettivi

L'analisi emersa a seguito delle mappature dei processi di cui ai precedenti punti, sarà pubblicata in allegato 1 al presente Piano. La mappatura e le misure di contenimento dei rischi, sia corruttivi sia organizzativi, è condivisa con le strutture interessate alla loro attuazione, allo scopo di poterne valutare la fattibilità rispetto al contesto interno (valutazione costi/benefici) e successivamente la loro programmazione nel triennio di valenza del Piano.

Le misure di prevenzione dei rischi corruttivi così concordate con le strutture interessate, previo parere della Direzione aziendale, diventeranno obiettivi di valutazione per il 2019; le restanti misure di cui è stata fatta la valutazione di fattibilità saranno programmate per il biennio 2020/21, previa valutazione della loro fattibilità negli anni di riferimento, che potrebbe variare anche a seguito di cambiamenti organizzativi o del contesto esterno.

Le misure proposte dal Gruppo di lavoro per i problemi organizzativi saranno rimesse al DAI/Area/SOD/UO di interesse, affinché possano attuare un piano di miglioramento organizzativo.

13.1 Monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione

Tutti i Dirigenti, per le parti di rispettiva competenza, hanno la responsabilità primaria nell'assicurare il monitoraggio (monitoraggio continuo e periodico) sull'effettiva attuazione delle misure previste dal Piano e sulla loro idoneità; a tal fine possono servirsi dei propri Referenti e degli RSD per la parte sanitaria.

Il monitoraggio delle misure di contenimento dei rischi proposte a seguito dell'analisi dei processi, attuata nel corso del precedente anno e delle ulteriori misure previste a supporto della politica di prevenzione della corruzione, quali obiettivi di valutazione dei dirigenti interessati (allegato 1 al PTPCT), viene effettuato attraverso l'Organismo di supporto e i Referenti anticorruzione (si veda anche il precedente paragrafo 6).



Il controllo dell'attuazione degli obiettivi proposti prevede un monitoraggio semestrale ed una rendicontazione a fine anno.

I risultati del monitoraggio degli obiettivi assegnati nel 2018 saranno condivisi con l'OIV e con la Direzione aziendale al fine di valutarne le azioni conseguenti. Gli obiettivi non raggiunti nel 2018 saranno inoltre riprogrammati nel 2019, ove possibile.

I risultati del monitoraggio degli obiettivi assegnati nel 2018 sarà pubblicato sul sito aziendale, a seguito della relativa rendicontazione che viene fatta nei primi mesi dell'anno corrente.

Il RPCT in particolare monitora il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza assegnati ai Direttori (allegato 1), attraverso i referenti dell'area di riferimento dell'obiettivo e di quelli delle altre aree comunque direttamente o indirettamente interessate.

Tali Referenti invieranno al RPCT una relazione di fine anno rispetto al livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati all'area/struttura di riferimento, spiegandone eventuali scostamenti. I Referenti potranno essere inoltre coinvolti dal RPCT nel monitoraggio degli obiettivi afferenti ad un'altra area, se coinvolti come area a supporto rispetto a quella a cui l'obiettivo fa direttamente riferimento.

13.2 Riesame delle misure di contenimento del rischio attuate

Il riesame, insieme al monitoraggio, rappresenta una fase del processo di gestione del rischio importante, poiché solo attraverso la verifica della corretta attuazione, la valutazione delle misure e la segnalazione di rischi ulteriori è possibile assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione. Tale fase risulta fondamentale al fine di operare, se necessario, delle correzioni migliorative (per mantenere la controllabilità o per ottimizzare le misure individuate).

Il controllo e la valutazione dell'impatto delle misure di prevenzione della corruzione adottate dalle strutture per valutare se la misura inserita è risultata congrua per la riduzione del rischio, sarà portato avanti attraverso la Rete anticorruzione dopo un triennio di attuazione della misura proposta.

Per lo svolgimento di tale attività di controllo la Rete anticorruzione potrà fare ricorso anche alla struttura aziendale che segue i Controlli Interni per la Direzione, attraverso una programmazione annuale condivisa delle attività da sottoporre al controllo.

La Rete e i Controlli Interni in questo anno hanno l'obiettivo di supportare il RPCT nella costruzione di tale sistema di controllo e monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione adottate e i relativi strumenti di riferimento da utilizzare trasversalmente, ove possibile.

Il controllo e la valutazione dei piani di miglioramento che scaturiscono invece dai rischi di natura sostanzialmente organizzativa emersi in corso di analisi, la cui attuazione è affidata alle strutture interessate, sarà svolto dalle strutture stesse insieme alle strutture aziendali che svolgono per *mission* in Azienda tali forme di controllo, ciascuna per la parte di competenza (AQRM, DPS, SPP e Controlli Interni).

14 Obblighi di informazione nei confronti del responsabile della prevenzione della corruzione

Al fine di controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, il RPCT, in qualsiasi momento, può richiedere alle strutture aziendali informazioni e dati relativi a determinati provvedimenti o attività. Le strutture forniscono la propria collaborazione al RPCT.

Con riferimento agli obblighi di informazione si precisa che:

1. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari informa il RPCT di procedimenti disciplinari attinenti l'ambito della corruzione al fine di valutare la necessità di implementare idonee misure di prevenzione nel PTPCT; fornisce dati e informazioni circa la situazione di tali procedimenti disciplinari per la redazione della relazione del RPCT;
2. il personale che riceve segnalazioni da soggetti interni o esterni inerenti la materia della corruzione o l'illegalità che riguardi l'Azienda è tenuto a informare il RPCT (come da regolamento aziendale);
3. i Dirigenti responsabili di SOD/UO sono tenuti a segnalare tempestivamente qualsiasi anomalia costituente la mancata attuazione del presente Piano, adottando le azioni necessarie per eliminarle oppure, nel caso in cui non rientrino nella propria competenza dirigenziale, proponendo al RPCT le azioni necessarie;
4. i Referenti informano il RPCT entro il termine del 31 dicembre sulle attività di monitoraggio realizzate, sull'effettiva attuazione o sullo stato di implementazione delle misure atte a prevenire il rischio di corruzione, indicando anche le eventuali nuove misure necessarie a incrementare l'azione preventiva da programmare nel nuovo Piano.
5. gli operatori dell'Azienda e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda (contratti atipici, fornitori, associazioni, informatori, etc.) segnalano al RPCT i casi di illecito e di conflitto di interessi rilevati, proponendo anche possibili soluzioni di miglioramento.

15 Gestione dei conflitti di interessi

Le novità introdotte dalla L. n. 190/2012, in materia di svolgimento da parte dei dipendenti pubblici di attività interne ed esterne, anche non retribuite, sono volte a rendere più severe le valutazioni 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 l'Azienda e l'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 l'Azienda e insieme all'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 e 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. È 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 una segreteria e 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, etc.) e dell'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 ed è in corso di valutazione.

Dati di attività a decorrere da aprile 2016:

ATTIVITÀ SVOLTA dalla COVACI			
	2016	2017	2018
Pratiche AOUC	823	1640	1605
Conflitti rilevati	13	38	24
Pratiche UNIFI	830	1310	1109
Conflitti rilevati	13	26	6
TOT Pratiche	1653	2950	2714
TOT Conflitti	26	64	30

Si allegano invece i dati di attività della COVACI relativi al 2017 e 2018 (Allegato 5), partecipati alle rispettive direzioni, insieme ad una più dettagliata visione delle attività per singolo professionista coinvolto, per la consapevolezza e le eventuali azioni conseguenti.



Alla COVACI è stata affiancata l'attività del rinnovato Servizio Ispettivo con il compito in particolare di verificare le incompatibilità, i cumuli d'impiego dei dipendenti e l'inconferibilità e l'incompatibilità della Direzione aziendale; l'Ufficio collaborerà con quello dell'UNIFI per il personale universitario in afferenza assistenziale.

Il modulo circa il conflitto di interessi per il personale dipendente, per il personale UNIFI in afferenza assistenziale, esclusivamente per la parte relativa all'afferenza assistenziale, e per i contratti atipici, con il parere del direttore della struttura interessata viene acquisito dalla UO Amministrazione del personale, e inoltrato, per la valutazione dei conflitti di interessi emersi alla COVACI; il modulo e il relativo parere viene archiviato nel fascicolo personale del dipendente o nel fascicolo del dipendente UNIFI in afferenza assistenziale. E' in corso l'elaborazione di una procedura informatizzata che consentirà di acquisire direttamente via *web* le dichiarazioni di interesse e quelle reddituali e patrimoniali (ove previsto), dati che andranno ad integrarsi con quelli già in possesso della COVACI ai fini delle specifiche valutazioni di pertinenza.

Nel 2018 è stato aggiornato anche il Codice etico e di comportamento aziendale a seguito delle novità emerse dal progetto "La mappatura delle aree di rischio specifiche" anno 2017 e dalla nuova regolamentazione regionale.

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

Per la valutazione dei conflitti di interessi nelle sperimentazioni cliniche afferenti all'Azienda sarà concordato un percorso tra CTC, Comitato Etico AVC e COVACI che prevede la compilazione di un modulo sul conflitto di interessi da parte del *principal investigator*, fatto compilare dal CTC in fase di presentazione dello studio e una valutazione/controllo fatto a seguito di incrocio di dati che la COVACI mette a disposizione dello stesso CTC sulle attività ulteriori che interessano lo stesso soggetto proponente la sperimentazione.

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

Nel corso del 2018 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. La segnalazione arriva solo e direttamente al RPCT che la gestisce ai sensi di legge e del regolamento interno.

Tale sistema di segnalazione è pienamente operativo dal 2015 ed è stato esteso agli utenti esterni approntando le medesime garanzie. Vedi [Relazione annuale del Responsabile per la prevenzione della corruzione](#).

Nel 2019 sarà revisionato il regolamento interno a conclusione di un processo di confronto iniziato nel 2018 anche presso Agenas, e perfezionato il meccanismo di coordinamento tra le varie fasi di segnalazione, presa in carico della stessa, verifica dei fatti ed eventuale attivazione del procedimento



disciplinare e\o di segnalazione delle ipotesi di reato, strutturando una procedura operativa che sia in linea con la recente normativa adottata sul tema e le nuove linee guida di ANAC.

17 Controllo sulle dichiarazioni di inconfiribilità e incompatibilità ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013

La delibera n. 149 del 22/12/2014 dell'Autorità nazionale anticorruzione "Interpretazione e applicazione del D.lgs. 39/2013 nel settore sanitario", vista la sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014, definisce l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconfiribilità e incompatibilità nel settore sanitario limitandolo ai soli incarichi di vertice e dunque di Direttore generale, Direttore amministrativo, Direttore sanitario. Si intende per:

INCONFIRIBILITA': preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g). **La dichiarazione sull'insistenza di cause di inconfiribilità costituisce condizione di efficacia dell'incarico.**

per:

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

Il RPCT è tenuto ad effettuare le verifiche in tema di inconfiribilità e incompatibilità (art. 15, co.1), nei confronti del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, quali incarichi conferiti dall'Azienda.

Il RPCT provvede attraverso il Servizio Ispettivo Aziendale (SIA), in particolare con riferimento agli artt. 3-5-8 (inconfiribilità) e dal 10-14 (incompatibilità) del D.lgs. n. 39/2013. Di ogni verifica effettuata sarà redatto specifico verbale.

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

Nei confronti dell'organo che ha conferito l'incarico il RPCT può richiedere alla Direzione aziendale l'applicazione della sanzione inibitoria della sospensione del potere di nomina degli incarichi di competenza per i successivi tre mesi dalla dichiarazione di nullità dell'atto, ricorrendone i requisiti (art. 18). In caso di applicazione della sanzione inibitoria della sospensione dal potere di conferire gli incarichi nei confronti del Direttore Amministrativo, la sua sostituzione, sarà garantita dal Responsabile dell'Area Amministrativa, nel caso invece del Direttore Sanitario dal Responsabile dell'Area Igiene e Organizzazione Ospedaliera.



Nei confronti del Direttore Generale, gli atti di accertamento e i relativi atti conseguenti, sono esperiti dalla Regione Toscana, quale Ente che conferisce l'incarico. Per gli adempimenti connessi quale Azienda destinataria dell'incarico conferito, verranno chieste dal SIA alla Regione le relative risultanze.

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

È in corso la verifica di incompatibilità rispetto alla dichiarazione del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario; in questa occasione verranno valutate anche le cause di inconferibilità sulle quali non è stato fatto uno specifico controllo al momento del conferimento dell'incarico.

18 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.

Nel 2014 sono stati organizzati n. 6 corsi, come formazione obbligatoria, a cui hanno 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 procedure di gare, contratti, contabilità generale e finanza al quale hanno partecipato n. 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”, (vedi allegato 7), 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 (PERSONALE AMMINISTRATIVO e TECNICO NON SANITARIO)	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 anche negli anni successivi. Saranno eventualmente programmati specifici moduli di aggiornamento da rivolgere ancora a tutto il personale.

È 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.

È infatti in ponte un progetto con UNIFI per diffondere la formazione sui temi della prevenzione della corruzione e per la trasparenza, etica e integrità nelle scuole di specializzazione - Progetto specializzandi.

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.

Saranno inoltre organizzate, come già avvenuto nel 2017 e nel 2018, 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 antiriciclaggio e contro il finanziamento al terrorismo, come applicata in particolare alle pubbliche amministrazioni; nel 2018 invece è stata organizzata una giornata di approfondimento sull'innovazione tecnologica in sanità e come la stessa possa sposarsi con le regole del codice dei contratti (D.Lgs n. 50/2016).

La formazione per la prevenzione della corruzione e trasparenza organizzata è riportata in allegato 6.

19 Convenzione per consulenza /formazione/ *training* in ambito formativo

In linea con i principi espressi dalla L. n. 190/2012 e successivi decreti attuativi, in particolare il D.Lgs n. 33/2013, che obbliga a rendere trasparenti le attività delle pubbliche amministrazioni, in particolare nei rapporti 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, in corso di aggiornamento in particolare per quanto concerne la formazione/convegnistica sponsorizzata.

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
anno 2018 - n. 21

La stipula 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 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.

È stato inoltre previsto che le risorse derivanti dalla sponsorizzazione delle attività oggetto dei presenti accordi, al netto dei costi sostenuti, siano in parte raccolte in fondi aziendali e impiegate per l'implementazione delle attività istituzionali.

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

20 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 della struttura, (dott.ssa Raffaella Giardiello, Affari Generali), 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 valutata, anche a seguito della mappatura dei processi di attività ancora in corso.

È inoltre in corso una ulteriore rotazione negli incarichi dirigenziali a seguito di riorganizzazione nell'area tecnico-amministrativa e di staff.

Fino a oggi è stata attuata una sola rotazione di incarico a seguito di indagine per evento corruttivo.

21 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.

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, 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* e di valutazione 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.

22 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:

22.1 Informatizzazione e dematerializzazione dei processi

È una misura trasversale consistente nell'implementazione di un sistema di supporto informatico alle attività aziendali che ne consenta la tracciabilità e l'automazione delle attività con contestuale limitazione di interventi correttivi al di fuori delle procedure definite; in particolare la misura interviene sulla gestione delle risorse umane, sulla gestione documentale, (protocollo e modulistica/firma digitale), sui sistemi di prenotazione/gestione delle liste d'attesa e sui processi di investimento. A partire dal 2015 è stato strutturato il "Portale dei dipendenti" attraverso il quale, 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)*. È 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 2015/2018 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;
- 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 (vedi provv. DG n. 805/2018).

Sono invece ancora in corso di attuazione:

- la realizzazione di percorsi di formazione sul *project management*;

22.2 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;
- 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](#).

22.3 Riorganizzazione accoglienza

Nel corso del 2018 il Progetto Accoglienza ha consolidato le modalità organizzative, gestionali e relazionali sia nell'ambito delle attività del NIC (Centro Servizi, URP etc.), sia per quanto riguarda i Servizi Integrati di Padiglione. Superata la fase progettuale, quindi, l'organizzazione dell'Accoglienza è entrata in una fase di gestione “a regime”.

Sono proseguite per tutto il 2018 le azioni di riorganizzazione dei Servizi Integrati di Padiglione, con l'introduzione di nuovi modelli organizzativi e nuovi percorsi sviluppati in particolare alla Maternità, alla Piastra, al DEAS e al CTO. Per quanto riguarda le attività del Centro Servizi, l'anno è prevalentemente

stato impiegato per razionalizzare – grazie all'aiuto della tecnologia e in virtù di uno studio sui flussi dei pazienti – l'ottimizzazione nell'uso delle risorse e nella definizione di standard di servizio. L'introduzione di un nuovo modello organizzativo, realizzato anche grazie alla collaborazione con il Laboratorio Lasth, ha permesso di migliorare la qualità del servizio in termini di attese agli sportelli. In parallelo alla rivisitazione dell'Accoglienza nei Servizi Integrati di Padiglione è stata completata l'analisi organizzativa circa l'allestimento di un *Call Center* presso il NIC 2: è stato realizzato il layout degli spazi (ricavando complessivamente 16 postazioni telefoniche) e individuato il fornitore della tecnologia (centralino e sistema di *recall* automatico).

Per quanto riguarda le attività più legate all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, il 2018 è stato caratterizzato dall'introduzione del nuovo sistema di partecipazione promosso dalla Regione Toscana: è stato aggiornato il Protocollo di intesa con le Associazioni, eletto un nuovo Comitato di Partecipazione, modificato il Regolamento di Pubblica Tutela e introdotta – di concerto con l'Azienda USL Toscana Centro – la Commissione Mista Conciliativa. Sono infine state gettate le basi per lo sviluppo della Comunicazione, con la proposta di un Piano di Comunicazione per il 2019.

Lo sviluppo dell'Accoglienza si concentrerà, nel corso del 2019, su alcuni aspetti particolarmente significativi:

- ❑ **Sviluppo della telefonia:** l'acquisizione degli strumenti (centralino e sistema di chiamata automatica) sarà la base per poter gestire i rapporti con l'utenza secondo quanto definito a livello progettuale. Il *Call Center*, infatti, dovrà gestire sia la prenotazione telefonica di prestazioni di controllo – ove non prenotate direttamente in ambulatorio –, sia la gestione dell'informazione, sia infine lo sviluppo di contatti più articolati (*CORD*, *Follow-Up*, percorsi per cittadini con bisogni speciali, collegamento con medici di medicina generale e specialisti del territorio);
- ❑ **Sviluppo della Comunicazione:** approntato – nel rispetto del dettato normativo – il Piano di Comunicazione. Sono previste una serie di azioni finalizzate ad introdurre in Azienda una visione più moderna e attuale della comunicazione interna, esterna e integrata. In particolare, le azioni principali sono:
 - la revisione del Sito internet e dell'area riservata (intranet) secondo nuove modalità e con un sistema di responsabilità ben definito;
 - l'attivazione di un Database per la gestione dell'informazione, già progettato nel corso del 2018;
 - l'analisi su una nuova *visual identity* aziendale;
 - il presidio degli eventi promossi dall'Azienda (meeting, convegni etc.)

Per rendere effettivo lo sviluppo della Comunicazione aziendale, sarà costituito un team multidisciplinare in grado di sviluppare le varie linee organizzative sopra identificate.

Nella definizione del *budget* per la Comunicazione - elemento essenziale del Piano di comunicazione per come stabilito dalla norma - verranno utilizzate le somme incassate dall'Azienda per la locazione degli spazi della didattica: si tratta di un'attività commerciale che nel corso del 2018 ha fruttato circa 45.000,00 euro.

- ❑ **Riorganizzazione delle risorse umane destinate all'accoglienza:** si ritiene opportuno considerare come elemento importante dello sviluppo organizzativo dell'Accoglienza l'avvio del nuovo

appalto per i servizi esternalizzati. La gara si è conclusa nel 2018 e prevede l'introduzione di nuove modalità operative, definendo con chiarezza quali servizi sarà opportuno affidare all'esternalizzazione e quali mantenere con personale dipendente. La riallocazione del personale conseguente alla definizione dei nuovi modelli organizzativi consentirà di assorbire, nel medio periodo, i pensionamenti e mantenere adeguati livelli di servizio, oltre a permettere l'avvio dei servizi di *Call Center*.

- ❑ **Sviluppo del servizio di mediazione culturale.** I dati di attività del 2018 hanno confermato la crescita della domanda di servizi di mediazione, sia sotto il profilo assoluto, sia per quanto riguarda la varietà di lingue richieste oltre a quelle veicolari. Questo fenomeno, legato alla particolare dinamica dei flussi migratori, è stato contenuto dal punto di vista economico entro i limiti di *budget* per quanto riguarda il 2018. La nuova gara per i servizi di mediazione dovrebbe riuscire a mantenere le spese sugli attuali livelli, pur investendo in alcuni servizi attualmente poco utilizzati (*help desk* telefonico e traduzione di materiale informativo);
- ❑ **Collaborazione** per la realizzazione del Registro degli Accessi, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, assicurando – tramite l'URP – la correttezza del percorso amministrativo e la relativa pubblicazione del registro stesso sul sito web aziendale;
- ❑ **Sviluppo dei Servizi Integrati di Padiglione.** Nel corso del 2019 verranno realizzate azioni volte a mettere a regime i Servizi Integrati di Padiglione della Maternità, di Clinica Medica, di San Luca e del DEA. In alcuni casi si tratta di realizzare progetti già approvati nel 2018, sia rivedendo i layout degli spazi, sia introducendo i nuovi totem regola coda; in altri, invece, le azioni saranno prevalentemente di tipo progettuale.

22.4 La tutela dei cittadini/utenti (gestione reclami e segnalazioni)

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

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

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

La tutela è prevista:

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

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

Nel corso del 2018, sulla base di quanto previsto dalle norme regionali in materia, si è proceduto a definire le modalità di realizzazione della Commissione Mista Conciliativa, alla quale concorrono tre membri dell'Azienda e tre rappresentanti delle Associazioni accreditate. L'Azienda, di concerto con la Direzione della USL Area Vasta Toscana Centro, ha concordato di realizzare un'unica Commissione Mista

Conciliativa, avvalendosi della possibilità concessa dal legislatore regionale di realizzare sperimentazioni nella gestione delle seconde istanze del percorso di tutela.

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

22.5 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.

23 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'intento aziendale è la riorganizzazione del processo di valutazione (sviluppato grazie al supporto del gruppo Lasth – Università degli Studi di Firenze), di richiesta di acquisto e monitoraggio delle tecnologie sanitarie, nonché la prosecuzione 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*).

Si veda a tal proposito anche il [Piano strategico pluriennale 2019/2024](#).

L'Azienda, 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, ha rianalizzato il processo di introduzione delle tecnologie nel corso del 2018, all'interno del progetto "La mappatura delle aree di rischio specifico".

Questa analisi ha affrontato diverse modalità di acquisizione delle tecnologie:

- Acquisizione onerosa
- Donazione
- Comodato d'uso
- Prova visione

Il processo è risultato nel complesso a rischio corruttivo medio-basso, tranne che per le attività di acquisizione onerosa il cui rischio è risultato medio (punteggio 27/64). Al fine di mitigare il rischio corruttivo e di *maladministration* è emersa la necessità di revisionare la procedura per l'introduzione delle tecnologie sanitarie (P/903/150). La revisione è stata effettuata nel corso dell'anno ed è stata approvata il 30/11/2018.

A seguito della stessa analisi sono emerse anche alcune criticità organizzative la cui risoluzione sarà oggetto di specifici progetti di miglioramento previsti in sviluppo nel corso del 2019 e la cui messa a regime è pianificata per gli anni 2020 e 2021.

23.1 **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 a effettive e documentate necessità e particolari procedure;
- tracciare la presenza e le attività degli *specialist* e degli informatori all'interno delle aree sanitarie e non;
- 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 del 2017 all'interno del progetto "La mappatura delle aree di rischio specifico"; le misure emerse sono state inserite negli obiettivi di budget e di valutazione (allegato 1 PTPCT).

È 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.

24 **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, attuato tramite i direttori/responsabili delle strutture di allocazione dei dipendenti, che, nel caso di comportamenti punibili con sanzioni superiori alla censura, inoltrano la segnalazione all' UPD;
- il controllo strategico garantito dall'OIV sulle performance e sugli obblighi di trasparenza;
- il controllo di gestione governato dalla UOc Controllo Direzionale;
- il controllo sulla salute e sicurezza dei luoghi di lavoro seguito dal Medico competente e dal 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'attuazione 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*.
- 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 ha concorso all'aggiornamento del Codice di comportamento e ha preso in carico le 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 inconfiribilità rispetto agli incarichi di Direttore Amministrativo e Sanitario, il controllo sulle relative autocertificazioni verrà effettuato dal Servizio Ispettivo aziendale su richiesta del RPCT, come previsto dal regolamento aziendale (D/903/153), che opererà a supporto del Responsabile stesso.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione fa inoltre un periodico monitoraggio rispetto al livello di pubblicazione dei dati sul sito "Amministrazione Trasparente" (ex D.Lgs n. 33/2013) anche ai fini dell'attestazione dell'OIV.

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

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

Tale struttura, incaricata di:

- implementare nuove attività di controllo su funzioni e processi tecnico amministrativi,
- verificare l'efficacia del sistema attraverso l'effettuazione periodica di *test* ed *audit*,
- assicurare la qualità dei processi aziendali con particolare attenzione a quelli riconosciuti più delicati,
- garantire che le anomalie riscontrate siano tempestivamente portate a conoscenza dei livelli decisionali di vertice dell'azienda per l'adozione di iniziative per il loro superamento,
- assicurare la necessaria separazione tra le funzioni operative e quelle di controllo,
- contribuire all'osservanza di norme e regolamenti definendo ruoli e responsabilità,
- attivarsi, quando possibile, per uno snellimento dei processi,
- proporre la costituzione di gruppi interdisciplinari per mappare processi aziendali nell'ambito dell'*audit*,
- supportare le articolazioni organizzative aziendali nella valutazione, nello sviluppo e miglioramento del sistema di controllo interno,
- supportare le varie strutture aziendali nell'assunzione delle migliori decisioni, nel rispetto delle regole interne ed esterne,
- svolge la funzione di verifica indipendente dell'adeguatezza del sistema di controllo interno aziendale. In particolare, effettua un controllo di terzo livello rispetto ai controlli di primo e secondo livello ascritti alle varie funzioni e strutture aziendali:
 - quelli legati alla responsabilità dirigenziale e diretti ad assicurare il corretto svolgimento delle attività delle singole strutture e/o funzioni;
 - quelli affidati a strutture e/o funzioni istituzionalmente preposte al controllo.



Le verifiche di terzo livello sulle attività di controllo assicurate dal RPCT sono effettuate con riferimento alle azioni indicate nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità a richiesta dello stesso RPCT sulla base di un programma annuale concordato.

25 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, salvo eccezioni previste dalla legge.

Nel corso di quest'anno l'Azienda è impegnata a riorganizzare il modello interno di gestione delle varie tipologie di accesso ai documenti amministrativi (facendo capo all'URP) e ad aggiornare la regolamentazione aziendale secondo le diverse discipline dettate rispettivamente dalla L. n. 241/1990 e dal D.Lgs. n. 33/2013. Nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dell'Azienda è già stata predisposta apposita pagina che informa i cittadini sulle diverse modalità con cui è possibile accedere ai documenti in possesso dell'Azienda, mentre il registro degli accessi già effettuati è prossimo alla pubblicazione.

Gli adempimenti sugli obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 sono in continuo aggiornamento tenuto conto delle novità introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e delle linee guida 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*" e seguono i criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione.

25.1 Procedimento di attuazione del programma e relativa attività di monitoraggio

Per ciascun obbligo di pubblicità è stato individuato (allegato 3) il relativo dirigente responsabile, identificato sulla base delle rispettive competenze. I dirigenti potranno servirsi del supporto dei



Referenti/Riferimenti ivi previsti e della *Redazione web* per la pubblicazione dei dati sul sito “Amministrazione Trasparente” (allegato 2). Le modalità di gestione dei dati sono affidate al dirigente responsabile delle singole strutture di produzione. La correttezza, completezza e aggiornamento delle informazioni riportate sul sito è sempre affidata alla responsabilità di ciascuna delle strutture produttrici dei dati.

Come espressamente previsto dall'art. 43 del D.Lgs. n. 33/2013, i dirigenti responsabili 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 dalla *Redazione web*, effettua 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 e la *Redazione web* verificano e sollecitano i dirigenti eventualmente interessati al relativo adempimento ed aggiornamento.

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

25.2 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. Pubblicazione dei CIG

Nel 2019 verrà istituito un gruppo di lavoro costituito da RPCT o suo delegato e i Gestori di Fabbisogno con lo scopo di definire una procedura e una organizzazione interna condivisa per l'inserimento sul programma regionale SITAT 190 dei CIG e per la successiva pubblicazione sul sito istituzionale sezione Amministrazione Trasparente/Bandi di gara e contratti, ai sensi dell'art. 1 co 32 L. n. 190/2012 e delibera ANAC n. 39/2016.

II. 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 sia per il 2017 che per il 2018 non è stata ancora completata da parte delle strutture interessate, viene pertanto riproposta anche per il 2019.

III. Liste di attesa nella specialistica ambulatoriale

La **tempestività di erogazione** delle prestazioni prescritte in regime SSN è componente fondamentale della qualità clinica e della qualità percepita dei servizi sanitari. Il mantenimento della prevalenza dell'attività istituzionale su quella libero professionale, in termini di volumi erogati di visite e prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini, congiuntamente al rispetto dei tempi di attesa in regime istituzionale costituiscono le premesse indispensabili per il realizzarsi della "libera scelta" del cittadino di avvalersi del regime libero professionale.

L'assetto aziendale del Sistema Sanitario Toscano e l'impianto normativo che individua il livello di Area Vasta per il governo dell'offerta specialistica ambulatoriale (Del. GRT n. 1080 del 2 novembre 2016 "*Indirizzi per la programmazione dell'offerta specialistica e per la gestione delle liste di attesa*") e dispone la revisione delle strategie inerenti la gestione del *Follow Up* oncologico (Del. GRT n. 1068 del 2 novembre 2016 "*Indirizzi regionali per la revisione delle modalità organizzative nella gestione del follow up oncologico*"), offrono spunto per realizzare nuovi modelli di pianificazione, programmazione, organizzazione, gestione operativa e monitoraggio anche dell'offerta ambulatoriale aziendale e di *follow-up* oncologico (Del. GRT n. 476 del 2 maggio 2018 "*Azioni per il contenimento dei tempi d'attesa: introduzione della funzione di gestione operativa*" e Del. GRT n. 750 del 2 luglio 2018 "*Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali*"), tesi a garantire una maggiore efficienza erogativa e a migliorare i percorsi di accesso e fruizione delle prestazioni da parte degli utenti. A questo scopo, ove i processi di riorganizzazione non consentano significativi margini di aumento di attività, è possibile avvalersi delle previsioni di cui alla Del. GRT n. 914 del 6 agosto 2018 "*Indirizzi alle aziende ed enti del SSR contenenti criteri per l'acquisizione di prestazioni libero professionali ambulatoriali del personale dirigente del SSR ai fini del governo delle liste d'attesa*".

La **costruzione dell'offerta di prestazioni ambulatoriali da parte dell'Azienda USL sul cui territorio insiste un'Azienda Ospedaliera** prevede il pieno coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliera. L'Azienda è in questo senso chiamata a contribuire anche all'offerta di prestazioni di primo contatto per i cittadini dell'AUSL Toscana Centro.

L'Azienda già dal 2001 confluisce nel sistema di prenotazione di Area Metropolitana e rende disponibili, attraverso il circuito di prenotazione del CUP Metropolitan (n. telefonico **840 003 003**), contingenti di prestazioni prenotabili di "**primo contatto**". L'AOUC Careggi inoltre rende disponibili e prenotabili anche con la funzione Prelievo amico dell'*App Careggi Smart Hospital* i prelievi per l'effettuazione di indagini di laboratorio.

Le prestazioni di "primo contatto", 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 fino alla recente Del GRT 750/2018). La priorità clinica, in quanto espressione del grado di “urgenza” o “differibilità” della prestazione prescritta, è oggi utilizzata dal Sistema Sanitario Toscano per un numero sempre maggiore di prestazioni ed è espressa dal MMG/PLS o dallo Specialista in un apposito campo della prescrizione SSN (storicamente “ricetta rossa”, oggi ordinariamente gestita con prescrizione dematerializzata). Il campo priorità, per le prestazioni di “primo contatto”, può assumere i valori (Del GRT 750/2018): **U (Urgente)**, entro 72 ore, **B (Breve)**, entro 10 giorni, **D (Differibile)**, entro 15-30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici più semplici. Per le visite sono previsti in generale 30 giorni, 15 giorni per le seguenti: cardiologica, ginecologica, oculistica, neurologica, dermatologica, ortopedica, otorinolaringoiatrica.

L’Azienda, per le prestazioni di priorità “U” si pone come struttura di secondo livello a cui i MMG o gli specialisti territoriali indirizzano i pazienti attraverso agende a prenotazione diretta. Lo strumento maturato in AV Centro è stato il cosiddetto “Fast Track”, riservato alla prenotazione da parte dei MMG di prestazioni appunto con livello di priorità “U”, attraverso un canale di prenotazione dedicato. Con il “Fast Track” il MMG prenota direttamente le visite o consulenze con priorità “U” e comunica all’assistito la data di appuntamento prima che questi lasci l’ambulatorio e senza che l’assistito debba rivolgersi al CUP.

L’Azienda non rende invece prenotabili al CUP MET, ma provvede direttamente alla prenotazione delle quote di prestazioni obbligatoriamente prescritte da propri specialisti interni (DGRT 1038/2005), riservate agli utenti ambulatoriali che già hanno avuto un primo contatto con i Servizi aziendali ambulatoriali, di Pronto Soccorso e di ricovero, per i quali la normativa regionale (DGRT 1080/2016) impone di garantire percorsi ambulatoriali di “**presa in carico**” snelli e senza ulteriori attese, come realizzato ad esempio attraverso il CORD per i pazienti oncologici, attraverso il CUD della Diagnostica per immagini e in linea generale attraverso l’attribuzione di privilegi di accesso alla prenotazione diretta nelle agende delle diagnostiche strumentali e di visite specialistiche, da parte dei medici e degli altri operatori dei servizi ambulatoriali aziendali.

Secondo le indicazioni del Dipartimento Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana, Settore Organizzazione delle Cure e Percorsi Cronicità, le Aziende pubblicano sul sito *internet* ai fini della trasparenza e anticorruzione i dati del flusso TAT aggregati dalla Regione Toscana e relativi all’anno precedente: alla pagina web *Azienda/Amministrazione trasparente/Servizi erogati/Liste di attesa/Criteri di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali* sono riportati gli elementi di dettaglio. In particolare nella pagina *...Liste di attesa/Tempi medi di attesa prime visite specialistiche* si riportano le principali prime visite specialistiche erogate dall’ AOU Careggi, indicando se l’accessibilità alla prenotazione avviene attraverso il circuito del CUP Metropolitano di Firenze 840 003 003 (CUP MET) o attraverso circuiti interni all’Azienda, i volumi erogati attraverso quella modalità di accesso (N.) e i tempi medi di attesa in giorni registrati nell’anno 2017.

Risulta importante evidenziare che le AOU, differentemente 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.

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 24/48 ore.

a) - **Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali:**

L'Azienda organizza ogni anno l'offerta di circa 350.000 esami di diagnostica per immagini, che viene modulata sulle necessità cliniche degli assistiti. La configurazione dell'offerta diagnostica viene costantemente monitorata e modificata, in funzione dell'evoluzione delle richieste, sia in termini di quantità che di complessità delle prestazioni. È infatti obiettivo prioritario quello di soddisfare la domanda interna, sia per i ricoverati che per i percorsi ambulatoriali di presa in carico. Eventuali ulteriori contingenti di offerta vengono resi prenotabili all'utenza esterna, ma solo una minima parte prenotabili attraverso CUP Metropolitano, perché il Dipartimento dei Servizi privilegia l'attivazione di percorsi di prenotazione ambulatoriale diretta da parte degli Specialisti Prescrittori, strumento utile alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso il confronto e la collaborazione dei Medici Clinici e dei Medici Radiologi dell'Azienda. Tale modalità contribuisce alla sinergia fra richiedenti ed erogatori di prestazioni, garantendo un allineamento temporale fra prestazioni e visite di controllo esemplificando così l'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, in termini di omogeneità, equità, appropriatezza e tempistica. Questa modalità contribuisce, altresì, a ridurre la duplicazione degli esami specialistici e a rispettare i vincoli della sostenibilità economica.

La modalità ordinaria di prenotazione ambulatoriale, sia che si tratti di prestazioni da eseguire in regime ambulatoriale, sia di *follow up* o *Day Service*, prevede pertanto la prenotazione diretta da parte dello specialista richiedente, che governa completamente il canale di prenotazione e di conseguenza l'appropriatezza e la tempistica: non spetta all'utente stabilire i collegamenti tra i diversi punti del sistema, ma è il sistema stesso a guidarlo e ad accompagnarlo nel percorso di cura, in una logica di rete nella gestione dei pazienti.

L'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'Azienda. 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.

Infine, vale la pena evidenziare la massima saturazione nell'utilizzo delle apparecchiature di diagnostica pesante, che ha portato alla piena occupazione delle sedute in orario 8.00-20.00 dei giorni dal lunedì al venerdì e 8.00-14.00 del sabato.

ADO Diagnostica di Laboratorio

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

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

25.3 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.

La prima Giornata della Trasparenza si è svolta nel 2014 alla presenza di circa 400 *stakeholder* con i quali è stata condivisa la politica di prevenzione della corruzione e per la trasparenza attuata dall'Azienda.

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 si è svolta la "Giornata della Trasparenza", durante la quale sono stati condivisi con tutti gli *stakeholder* interni ed esterni (n. 510 partecipanti) i risultati del primo anno del Progetto "[La mappatura delle aree di rischio specifico](#)"; alla giornata era presente anche il dott. Raffaele Cantone, Presidente dell'ANAC.

26 Allegati al Piano

Gli allegati al Piano, che ne costituiscono parte integrante e sostanziale sono n. 7 e vengono pubblicati direttamente sul sito istituzionale sezione "Amministrazione Trasparente", come le eventuali integrazioni e aggiornati:

1. Obiettivi anno 2019
2. Rete aziendale per la prevenzione della corruzione e promozione della Trasparenza
3. Analisi e Misure di contenimento del rischio corruttivo portate avanti nel corso dell'anno
4. Obblighi di Pubblicazione sul sito e relativi Responsabili
5. Commissione per la valutazione dei conflitti di interessi (COVACI)
6. Report Comparativo Generale percezione del rischio Pre-Post relativo all'attività di mappatura e analisi dei processi anni 2017-18
7. Report attività formativa

