Allegato A

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA

ANNI 2020 - 2022

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

Corrado Alvaro

SOMMARIO

1 PREMESSA 4
2 DEFINIZIONE DI "CORRUZIONE" 4
3 INTRODUZIONE 4
4 OBIETTIVI GENERALI E STRATEGIA AZIENDALE 5
5 ACRONIMI 6
6 DOCUMENTI INTEGRATIVI 7
7 ANALISI DEL CONTESTO 8
7.1 Analisi del contesto esterno 8
7.1.1 Criminalità 8
7.1.2 Salute 13
7.1.3 L'Azienda 14
7.2 Analisi del contesto interno 17
8 AMBITO DI APPLICAZIONE DEL PTPCT 18
9 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER L'ATTUAZIONE DELLA POLITICA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 18
9.1 Gestore delle comunicazioni di operazioni sospette di antiriciclaggio e finanziamento del terrorismo . 21
9.2 Responsabile anagrafe della stazione appaltante 21
9.3 Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione e Trasparenza 22
10 LE RESPONSABILITÀ 22
11 PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE 24
11.1 Strumento di analisi 25
12 LA MAPPATURA DEI PROCESSI AZIENDALI: ATTIVITÀ MAPPATE E ANALIZZATE 26
12.1 Area Tecnico – Amministrativa e Staff della Direzione Aziendale 27
12.2 Analisi dei processi trasversali 28
12.3 Mappatura dei processi e analisi dei rischi di maladministration 28
12.4 La mappatura dei processi sanitari (Processo nascita, emergenza, chirurgico, ambulatoriale, riabilitazione, medico, …) 30
12.5 Analisi dei processi del Dipartimento professioni sanitarie (DPS) 31
13 ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI 32
13.1 Monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione 32
13.2 Riesame delle misure di contenimento del rischio attuate 33
14 OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 34
15 GESTIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSI 34
16 IL SERVIZIO ISPETTIVO AZIENDALE 36
17 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI (C.D. *WHISTLEBLOWER*) 37

18 CONTROLLO SULLE DICHIARAZIONI DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀAI SENSI DEL D.LGS.N. 39/2013 38

19 LA FORMAZIONE 38

20 CONTRATTI PER CONSULENZA /FORMAZIONE/ *TRAINING* IN AMBITO FORMATIVO . 41

21 ROTAZIONE DEL PERSONALE 42

22 COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE *PERFORMANCE* 42

23 PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE: MISURE ULTERIORI 43

23.1 Informatizzazione e dematerializzazione dei processi 43

23.2 Gestione delle liste di attesa e ottimizzazione della programmazione chirurgica e dei servizi erogati 44

23.3 Riorganizzazione accoglienza 44

23.4 La tutela dei cittadini/utenti (gestione reclami e segnalazioni) 46

23.5 Gestione stragiudiziale sinistri 47

24 INNOVAZIONE E SVILUPPO 47

24.1 Informazione Medico-scientifica 48

25 CONTROLLI INTERNI 48

26 IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA 51

26.1 Procedimento di attuazione del programma per la trasparenza e relativa attività di monitoraggio 52

26.2 Pubblicazione dei dati relativi al monitoraggio dei tempi delle liste d'attesa e dei servizi erogati 53

26.2.1 Liste di attesa chirurgiche 53

26.2.2 Liste di attesa nella specialistica ambulatoriale 53

26.2.3 Dipartimento dei Servizi 56

26.3 Giornata della Trasparenza e rapporti con il cittadino/utente 57

27 ALLEGATI AL PIANO 58

Gruppo di lavoro: Chiara Ulivieri e Claudia Muscolino (Supporto operativo RPCT), , Patrizio Micalizzi e Paolo Campigli (Direzione Operativa), Assunta Rizzo e Nicola Berti (SPP e Controlli Interni), , Manuela Benelli (AQRM), Fabiola Piatti (DPS), Giusi Piccinno (Direzione Sanitaria), Matteo Tomaiuolo (Governo Percorsi *Outpatient*), Stefano Vezzosi e Elena Ciagli (Area Innovazione Controllo e Qualità), Daniela Marcucci e Cristina Poggiali (Referenti DAI), Paolo Tagliaferri (RDP)

	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 (PTPC) costituisce l'atto programmatico che individua le strategie principali per prevenire e contrastare la corruzione. Poiché la trasparenza rappresenta la principale misura di prevenzione della corruzione del PTPC, è inserito il Programma per la trasparenza, così come indicano il D.Lgs. n. 97/2016 e il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)del 2019, e prima ancora il suo aggiornamento del 2015.

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

Il presente PTPCT costituisce, in tal senso, l'aggiornamento relativo al triennio 2020-2022 dei precedenti PTPCT. L'adozione definitiva del PTPCT è preceduta dalla consultazione "aperta" agli *stakeholders* interni ed esterni che avranno 15 giorni di tempo per poter manifestare le loro osservazioni.

Il presente PTPCT può essere consultato sul sito www.aou-careggi.toscana.it nella sezione "Amministrazione Trasparente".

2 DEFINIZIONE DI "CORRUZIONE"

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

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

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

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.

Il RPCT nel svolgere le attività previste dalle disposizioni vigenti (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), è attualmente coadiuvato, **oltre che dalla rete dei Referenti anticorruzione, da due organismi di supporto (allegato 2):**

- **Supporto alle politiche di prevenzione della corruzione e per la promozione della Trasparenza** , quale organismo di confronto con la Direzione aziendale per la definizione delle strategia e degli obiettivi;
- **Supporto Operativo, rappresentativo delle aree di attività aziendali che collabora con il responsabile nell'attività di programmazione attuazione e monitoraggio del Piano.**

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

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

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

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

4 OBIETTIVI GENERALI E STRATEGIA AZIENDALE

Gli obiettivi generali che si propone il PTPCT sono:

1. elencare le aree di attività maggiormente esposte al rischio di corruzione e sistematizzarne la gestione e il monitoraggio;
2. creare un contesto sfavorevole alla corruzione attraverso il continuo miglioramento organizzativo;
3. puntare sulla trasparenza dell'organizzazione e delle 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 soprattutto a livello decentrato in Azienda attraverso l'individuazione e l'attuazione di una serie di misure di prevenzione del rischio sia obbligatorie, sia specifiche che sono indicate nel PTPCT(allegato 1).

In tale prospettiva il PTPCT tende progressivamente verso un più efficace percorso di analisi dei processi e delle attività aziendali iniziato a partire dal 2014, in ottemperanza alle 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. 1208/2017 e n. 1074 2018) e, in particolare, nell'ultimo PNA2019 (delibera ANAC n. 1064/2019).

La scelta dell'Azienda nel cercare di prevenire la corruzione è quella di prediligere un approccio orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità, piuttosto che improntare solo regole e misure repressive. A tal fine l'Azienda ricerca la collaborazione dei molteplici soggetti interni ed esterni attenti a promuovere e diffondere la legalità e l'integrità, contribuendo così in maniera attiva a garantire la tutela dell'interesse della collettività. La strategia aziendale anticorruzione segue inoltre un approccio sistemico, ovvero le singole misure 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 *Risk Management*
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 *Failure Mode Effect and Criticality Analysis*
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
PTPCTPiano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
PO Posizione organizzativa
RASA Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
RDP Responsabile per la Protezione dei Dati
RPCT Responsabile prevenzione della corruzione e per la Trasparenza
SIP Servizi integrati di padiglione

SOD Struttura Organizzativa Dipartimentale
SPP Servizio prevenzione e protezione
SSR Servizio Sanitario Regionale

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";
- D/903/188 "Regolamento per progetti o attività finanziata da soggetti privati";
- formazione sponsorizzata;
- fondi di ricerca e sperimentazioni;
- Relazioni di fine anno del RPCT;
- Attestazione annuale dell'OIV degli obblighi di pubblicazione sul sito sezione "Amministrazione Trasparente";
- Piano annuale di formazione – PAF(per la specifica parte di interesse);
- Piano delle *performance;*
- Piano triennale Qualità e Sicurezza emesso ai sensi della LRT n° 51/2009 e relativo Decreto attuativo DGRT n° 79/r del 17/11/2016 (in relazione agli obiettivi di qualità e sicurezza delle cure declinati in termini di miglioramento continuo) .

7 ANALISI DEL CONTESTO

L'Azienda detta la politica di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza e dell'integrità con il presente PTPCT, che traduce in primis la volontà di far emergere le aree di attività e i processi aziendali a rischio corruttivo che in quanto tali devono essere oggetto di presidio e controllo; ciò avviene mediante l'implementazione o l'adozione di misure di mitigazione del rischio, che possono essere nuove oppure già presenti in Azienda, ma migliorabili nella loro efficacia.

Prima e indispensabile fase del processo di individuazione e gestione del rischio è l'analisi del contesto, esterno e interno, in cui opera l'Azienda; punto di partenza è infatti la raccolta di tutte le informazioni necessarie a comprendere dove e come, all'interno di un sistema territoriale e organizzativo complesso, può verificarsi il rischio corruttivo .

Si veda a tal proposito il Piano delle Performance.

7.1 Analisi del contesto esterno

7.1.1 Criminalità

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

Al fine di inquadrare meglio il contesto toscano, vengono riportati di seguito alcuni dati e informazioni provenienti dalla banca dati delle Forze dell'Ordine (cfr. Ministero dell'Interno). 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"* (2017).

In Toscana, come più in generale in Italia, l'andamento del numero complessivo di delitti denunciati, rispetto alla popolazione,è in lenta progressione dagli anni '90 a oggi,pur con oscillazioni periodiche. Questo *trend* è però correlato all'aumento dei reati contro il patrimonio.

Negli anni '90 il tasso di delitti in Toscana è rimasto costantemente più basso della media italiana; la situazione si è però invertita nel 2002, anno a partire dal quale la delittuosità in Toscana è risultata sempre superiore alla media italiana. La Toscana, insieme a Emilia Romagna e Lazio, fa parte del gruppo di Regioni del Centro-Italia con la maggiore incidenza di delitti denunciati e in generale la diffusione dei reati sembra seguire la geografia dello sviluppo economico e sociale: laddove c'è più sviluppo, maggiori sono i 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 meno esposte sono quelle di Grosseto, Arezzo e Siena. Le differenze tra i territori si rilevano anche in merito ai livelli di esposizione a un tipo di reato anziché a un altro.

Il Prefetto di Firenze ha segnalato dati del 2016 che registrano un decremento complessivo dell'8% dei reati contro la persona e contro il patrimonio, a conferma di un *trend* in costante decrescita dal 2013 a oggi.(Vedi anche i report annuali sullo stato della sicurezza in Regione Toscana).

Va comunque tenuto in considerazione che, le Regioni più virtuose sul fronte dei controlli sono le stesse che rischiano maggiormente il paradosso di presentarsi nel confronto con le altre con un numero più elevato di violazioni rilevate ("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 non esistono sul territorio nazionale Regioni immuni dalle mafie e dai fenomeni corruttivi, la Toscana quindi non fa eccezione.

Il rapporto della Scuola Normale di Pisa (tre studi concordati dalla Regione Toscana con l'Ateneo pisano 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,che vede il coinvolgimento delle principali istituzioni impegnate in Toscana nell'attività di prevenzione e contrasto ai fenomeni criminali esaminati. I risultati e i punti salienti del rapporto evidenziano–l'esistenza di mercati illeciti e capitali "ripuliti". Il rapporto passa in rassegna il fenomeno della corruzione in senso stretto che investe in particolare gli enti locali considerati i più vulnerabili. I numeri parlano di una netta tendenza verso la crescita dei reati contro la Pubblica Amministrazione, in particolare dei reati di corruzione. Aumento che si verifica ad Arezzo (dove sono più che triplicati, passando da 36 a 113), Firenze, Lucca e Prato, sono invece stabili a Livorno, Pisa e Siena. Nei tribunali toscani tra il 2014 e 2015 sono stati intrapresi circa21 processi per corruzione, 6 per concussione e 39 per peculato; dopo il primato della provincia aretina, si annoverano 13 processi per corruzione avviati a Firenze, 12 e 13 processi per peculato registrati rispettivamente a Grosseto e a Pistoia.

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 ugualmente dimostrato uno strumento efficace di analisi dell'evoluzione dei fenomeni di economia criminale. In esito a un sondaggio il Rapporto riporta tra le aree considerate sensibili alle pratiche corruttive in Toscana al primo posto il settore dell'assistenza (2,3% di risposte affermative),seguito da quello dell'amministrazione pubblica e della sanità (entrambi con il 2,1%), il settore lavoro (2%) e infine l'istruzione (0,8%). Includendo nel settore sanità, non solo l'ambito della sanità pubblica, ma anche quello della sanità privata, la percentuale del 2,1% sale fino al 7,9%. I valori delle risposte che affermano la percezione di pratiche corruttive aumentano significativamente quando nel sondaggio si chiede di tenere in considerazione anche gli episodi "indiretti", ovvero la conoscenza di situazioni in cui altri hanno vissuto l'esperienza di ricevere richieste di denaro, favori o regali in cambio di atti o servizi forniti da agenti pubblici.

Il settore urbanistico e quello del governo del territorio appaiono gli ambiti più vulnerabili, anche in Toscana. La stessa sanità è tra i più esposti, ma raramente vengono versate tangenti; la contropartita, rivela ancora lo studio della Normale di Pisa, ricade piuttosto su finanziamenti alla ricerca o eventi, sulla sponsorizzazione o su *benefit* personali.

Sempre il rapporto mette in evidenza come nella corruzione in Toscana spicchi il ruolo di imprenditori e professionisti, mentre la presenza di attori politici risulta marginale. In circa la metà dei casi analizzati i destinatari di favori sono dipendenti, funzionari o dirigenti pubblici. Si tratta complessivamente, comunque, di piccoli numeri. Sono stati 33 infatti gli eventi di corruzione in Toscana che il Rapporto

sottolinea essere stati oggetto di attenzione mediatica. Tali eventi si sommano ai 22 del precedente Rapporto (Rapporto 2017).

Cruciale appare il ruolo di avvocati, commercianti, ingegneri, architetti, medici, accanto ad imprenditori e dipendenti pubblici.

Non si registrano nel 2016 e 2017 eventi di corruzione in Toscana che riguardano il settore urbanistico e il governo del territorio. Ma il dato potrebbe comunque derivare da un alto grado di occultamento e dalla capacità di non lasciare tracce in un ambito che rimane potenzialmente ad alto rischio di distorsioni e corruzione.

Il settore dei controlli, particolarmente in ambito sanitario, ma anche del lavoro, fiscale e ambientale, si conferma sede di una robusta convergenza di interessi illeciti. Ma nel 2017 non è emerso nessun coinvolgimento di attori che appartengano a organizzazioni di stampo mafioso.

La corruzione oggi è un sistema più fluido che in passato; secondo le ricerche della Normale di Pisa (Rapporto 2018), è un sistema governato più da faccendieri e "falsi" professionisti che da politici. Un toscano ogni venti confessa di essere stato corrotto o concusso (o quantomeno averne subito un tentativo durante la vita, come conferma un'indagine ISTAT svolta nel 2015 e nel 2016 (di seguito).

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 ai 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. In particolare se ne discosta rispetto ai reati contro la pubblica amministrazione.

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,settore particolarmente vulnerabile rispetto al rischio di corruzione. 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.

In Toscana la maggiore criticità resta l'aumento della corruzione in appalti di servizi (+22%) e nell'ambito della giustizia e dei contenziosi (+12%); sono invece in flessione i casi di corruzione che riguardano i controlli e le verifiche, così come quelli relativi al governo del territorio (quest'ultimi in realtà sono azzerati nel corso del 2017). Al contempo è stato rilevato un incremento in termini assoluti di eventi con potenziale corruttivo associato a un ruolo significativo da parte di *manager* e funzionari pubblici, rispettivamente con le percentuali di + 24% e 9%.

[1]Anche in Toscana c'è una mafia sfuggente, invisibile e meno localizzata che trova terreno fertile nel mondo della politica e dell'impresa arrivando a costituire dei "veri e propri comitati di affari" con i colletti bianchi (da Rapporto sui fenomeni di criminalità organizzata e corruzione della Scuola Normale di Pisa). Escludendo Sicilia, Campania e Calabria, secondo le statistiche ufficiali negli ultimi tre anni la Toscana è la prima Regione in Italia per numero di arresti e denunce con l'aggravante del metodo mafioso e perciò si conferma essere un contesto economico favorevole e vantaggioso per gli investimenti criminali. Il quadro è desolante se si pensa ad una delle Regioni più ricche d'Italia che fino a pochi anni fa si credeva immune da qualunque tipo di infiltrazione mafiosa.

L'infiltrazione della criminalità organizzata in Toscana non avviene secondo il canone classico degli "insediamenti organizzativi autonomi" delle quattro mafie tradizionali (Cosa nostra, Camorra, 'ndrangheta e Sacra corona unita), ma gli studiosi mettono in evidenza come le inchieste giudiziarie facciano emergere "tracce" di penetrazione della criminalità organizzata nel territorio toscano e soprattutto un modo nuovo di incunearsi nel sistema economico regionale: se non si può parlare di "colonizzazione organizzata"è comunque innegabile la "penetrazione economica dei clan nell'economia regionale". E questo avviene tramite il cosiddetto "controllo funzionale" (più che territoriale) nello svolgimento delle proprie attività illecite: "In altre parole – si legge nel Rapporto – questi gruppi criminali tendono a realizzare le proprie attività economiche su più territori, concentrandosi in uno specifico settore criminale (o legale), e aspirando ad assumerne un controllo o una quota di mercato significativa". Secondo i dati della DIA(Direzione Investigativa Antimafia), infatti, sono 78 i clan che hanno sviluppato attività economiche in Regione, di cui il 48% fa riferimento alla 'ndrangheta calabrese e il 41% alla camorra campana, mentre a Cosa nostra e alla Sacra corona unita resta solo l'11%. Il *modus operandi* dei clan si basa da un lato sul fenomeno della corruzione "che tende a farsi sistemica" e dall'altro sul metodo mafioso che "trova espressione in un repertorio inquietante di messaggi, linguaggi, segnali, atteggiamenti, regole, in parte mutuati da quelle delle tradizionali organizzazioni mafiose". Ciò, sottolineano gli studiosi, è possibile solo grazie all'opportunità degli attori criminali di sedersi attorno a tavoli diversi con esponenti del mondo dell'amministrazione, dell'imprenditoria, delle professioni, della finanza, per "fare affari" e stringere accordi. Ed è proprio il rapporto tra mafia e politica – che ha caratterizzato le inchieste giudiziarie degli ultimi trent'anni (da ultima quella sul "Mondo di Mezzo" a Roma) – a tornare ancora una volta anche in una Regione che fino a pochi anni fa sembrava immune. Nel contesto toscano le organizzazioni mafiose giocano di sponda, cercano e trovano interlocutori come quelli dei mercati illegali tradizionali, con la pubblica amministrazione e il mondo dell'impresa con cui fare affari. Si può quindi parlare di rapporti ibridi e contaminazioni della criminalità organizzata nella politica o nella società civile. La logica che prevale è quella del 'comitato di affari' che lega le mafie tradizionali ai gruppi affaristici, creando una commistione più difficile da perseguire penalmente.

Se negli ultimi sedici anni in Toscana il numero di condanne in via definitiva per il reato di associazione di stampo mafioso rimane piuttosto limitato e in linea con le altre Regioni d'Italia a non tradizionale presenza mafiosa, il dato più preoccupante è quello relativo alle denunce e agli arresti con l'aggravante

[1]*Mafia, la Toscana è diventata la quarta Regione per arresti e denunce. "Contesto economico favorevole ai clan"* di Giacomo Salvini / ***23 SETTEMBRE 2018***

mafiosa che negli ultimi tre anni hanno mostrato la Toscana come la Regione d'Italia più colpita dalle inchieste della magistratura, dopo Sicilia, Campania e Calabria. Sono 223 le persone che attraverso le proprie condotte illecite hanno avuto quale finalità il favoreggiamento di organizzazioni criminali di stampo mafioso, hanno utilizzato un modus operandi mafioso nel realizzarle (166 persone nel Lazio, 101 in Lombardia e 43 in Piemonte). Inoltre – escludendo ancora le tre Regioni storicamente a presenza mafiosa – ben il 30% delle persone arrestate o denunciate con l'aggravante mafiosa in tutta Italia è riconducibile alla Toscana. Anche se questi numeri non costituiscono l'evidenza giudiziaria di un radicamento organizzativo nella Regione, comunque permettono di comprendere la rilevanza del problema mafia in questi territori e la diffusione più mimetica di un metodo mafioso nella realizzazione delle attività illecite.

In base ad un'analisi sui 12 reati più frequenti, il rapporto sulla criminalità organizzata in Toscana individua le quattro province più a rischio di tutta la Regione: il distretto di Prato e le tre principali province della costa – Massa Carrara, Livorno e Grosseto – che secondo il Presidente della Regione Toscana Enrico Rossi rappresentano «le aree della nostra Regione storicamente più fragili da un punto di vista economico» e quindi «quelle più esposte ai rischi di inquinamento criminale». E proprio da questa analisi emergono alcuni record negativi: il porto di Livorno, dopo quello di Gioia Tauro, è il primo in Italia per sequestri di cocaina, mentre la provincia di Prato è la prima in tutto il Paese per reati di riciclaggio con livelli venti volte superiori alla media nazionale.

Prato è un territorio particolarmente fertile per l'espansione delle organizzazioni criminali poiché unisce la più importante realtà produttiva dei migranti cinesi in Europa allo sviluppo di mercati illegali come quello dell'usura, della prostituzione e dello spaccio di stupefacenti. Qui, oltre agli insediamenti di Cosa nostra e Camorra (in questo caso con dei veri e propri "gruppi armati" formati

da una decina di affiliati), gli studiosi rilevano la presenza delle cosiddette "nuove mafie", ovvero quei gruppi "formati prevalentemente da soggetti stranieri o autoctoni che adottano strutture organizzative e modalità operative assimilabili a quelle delle organizzazioni di stampo mafioso". In particolare, la mafia cinese che ricorre sia "alla risorsa violenta che a meccanismi di legittimazione e capitalizzazione del consenso" per infiltrarsi nei segmenti di mercato legale e illegale spesso grazie al contributo di professionisti italiani "che fluidificano e rendono possibili le condotte illegali".

Il numero dei beni confiscati alla criminalità organizzata in Toscana è cresciuto del 35% solo nell'ultimo anno con 364 beni tra immobili e aziende. I beni confiscati inoltre si concentrano soprattutto nell'area del fiorentino (72, ben il 20% del totale), poi Pisa (18%), Lucca (14%) e infine Livorno (10%). Ma il problema riguarda l'assegnazione di questi beni che dovrebbero, per legge, svolgere una funzione sociale rivolta alla cittadinanza: dei 364 beni totali, solo 71 (il 20%) sono stati assegnati mentre i restanti 293 (l'80%) rimangono in attesa di una destinazione finale in possesso dell'Agenzia Nazionale.

Se la criminalità organizzata riesce a proliferare in tutta la Regione è anche grazie al fenomeno corruttivo. Secondo le statistiche ISTAT a cui fa riferimento il rapporto della Scuola Sant'Anna, quasi un toscano su dieci dichiara di essere stato corrotto o concusso, o di averne subito solo un tentativo, ma se il coinvolgimento degli attori politici toscani nei fenomeni corruttivi "risulta marginale" (solo 2 negli ultimi due anni), lo stesso non si può dire per manager privati e funzionari della pubblica amministrazione a cui

sono destinati metà dei favori. I settori più vulnerabili rimangono quelli degli appalti per le opere pubbliche o quelli relativi al sistema sanitario toscano, quarto in Italia per efficienza.

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.

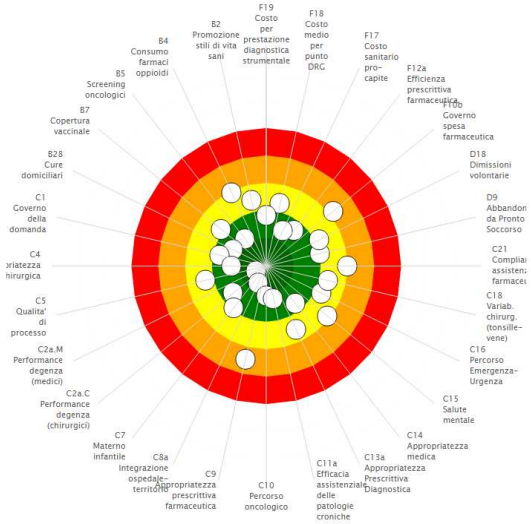
La percentuale di famiglie toscane che ritengono molto o abbastanza presente il rischio criminalità nella zona in cui vivono è stimata nel 36,5% (dato del 2016) in leggero aumento rispetto al 35% del 2015 e in controtendenza rispetto all'intero Paese dove è pari al 38,9% in lieve diminuzione rispetto 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 con dei bersagli.



Le Regioni che hanno seguito la Toscana nel sistema di valutazione della *performance* e hanno aderito nel 2016 su base volontaria al *network* sono: Basilicata, Calabria, Liguria, Lombardia, Marche, Umbria, Veneto, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Puglia e le province autonome di Trento e di Bolzano.La collaborazione nasce per fornire un quadro dell'andamento dei sistemi sanitari regionali e delle loro componenti, attraverso il confronto di un *set* di circa 270 indicatori

condivisi; a 115 di essi è associata una valutazione. Gli indicatori vengono raggruppati, tramite una struttura ad albero, in 35 indicatori di sintesi, rappresentati in forma grafica tramite il "bersaglio", con 5 fasce di valutazione. I risultati sono articolati in sei macro-aree: la valutazione dello stato di salute della popolazione (dimensione A) presenta indicatori di mortalità e inerenti gli stili di vita; la capacità di perseguimento delle strategie regionali (dimensione B) include indicatori quali la gestione del dolore, gli *screening* oncologici e le copertura vaccinale; la valutazione socio-sanitaria (dimensione 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 (dimensione E) considera il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie; infine, la valutazione economico-finanziaria e di efficienza operativa (dimensione 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 a mortalità infantile, per tumori, per malattie cardiocircolatorie e per suicidi denotano il buon livello di salute della popolazione toscana.

La copertura vaccinale si conferma ampia per tutte le tipologie di vaccinazioni in riferimento alla capacità di migliorare specifiche politiche sanitarie. Si conferma–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 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 *malagestio*, è stata ritenuta rilevante l'analisi del conflitto di interessi. Quest'ultimo insieme a quello delle asimmetrie informative - è particolarmente condizionante il SSN, e può minare l'integrità e il corretto funzionamento del sistema alimentando a vari livelli comportamenti dannosi per la collettività.

Un rapporto complesso presente nel mondo sanitario è quello tra professionisti e Società scientifiche, quali organismi che potrebbero rendere possibile lo sviluppo di dinamiche che influenzano l'erogazione dei servizi. Questo rapporto di interesse è stato analizzato nel 2017 nel progetto aziendale di mappatura delle aree di rischio specifico .Per quanto riguarda, invece, le attività delle Associazioni di volontariato, è venuta ad affermarsi una loro forte connotazione "politica"disgiunta dalla peculiare funzione sussidiaria. Pertanto, nella relazione con i suddetti soggetti esiste un potenziale rischio di condizionamenti, reso più evidente laddove attivino rapporti con *sponsor* commerciali o si impegnino nel sostegno di iniziative privatistiche per promuovere l'uso di specifici farmaci, dispositivi, tecnologie sanitarie senza adeguati strumenti di controllo e tutela da parte dell'Azienda.

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

L'Azienda per ricondurre il rapporto con i soggetti esterni entro percorsi corretti, ha adottato alcune misure specifiche allo scopo di rendere trasparenti tali relazioni, anche per i portatori di interessi.

Le misure specifiche adottate sono:

1. il regolamento sull'informazione medico-scientifica e sull'attività degli *specialist* presso i comparti operatori adottato nel 2015 e recentemente aggiornato;
2. il regolamento sugli incarichi extra-istituzionali (aggiornato nel 2019);
3. il regolamento sul finanziamento di attività e progetti finanziati da soggetti privati;
4. il regolamento sulla formazione organizzata dall'Azienda con *sponsor;*
5. stipula dei patti di integrità/protocolli di legalità che impegnano i fornitori/sponsor/finanziatori nella loro sottoscrizione;
6. protocollo di intesa con UNIFI per la gestione dei conflitti di interessi e incompatibilità del personale universitario in afferenza assistenziale(adottato nel 2016 e in fase di aggiornamento);
7. 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);
8. regolamento per la gestione dei finanziamenti derivanti dalle sperimentazioni cliniche e gestione dei fondi;
9. regolamento sul contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo (adottato nel 2016 e in fase di aggiornamento a seguito delle novità introdotte dal d.lgs n. 90 del 2017);
10. 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);
11. specifici organismi per la gestione dei conflitti di interessi e incompatibilità rispetto alle attività extra-istituzionali dei professionisti: Commissione per la valutazione del conflitto di interessi (COVACI) - 2016 e Servizio Ispettivo - 2016.

Dal 2016 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.

Tali soluzioni consistono in:

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

4. promozione di maggior trasparenza, anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatizzati, 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, definita mediante lo Statuto e l'organigramma aziendali.

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 include 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, Piano delle *Performance* e i regolamenti interni di organizzazione).

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

1. una generalizzata difficoltà,in un momento di evidente crisi economico-finanziaria, a reperire risorse specifiche da destinare a processi di miglioramento; tale fenomeno obbliga l'Azienda a rivolgere i propri sforzi verso continue azioni di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento dei percorsi assistenziali e di cura, che devono comunque tenere conto delle indicazioni nazionali di *spending review*e invarianza finanziaria;
2. la lenta affermazione, all'interno della P.A. in genere, di una cultura della trasparenza, dell'etica e della correttezza dell'agire professionale;
3. la difficoltà di armonizzazione tra l'ordinamento giuridico universitario e quello aziendale;
4. la difficoltà di parte del personale ad adattarsi tempestivamente ai processi di innovazione e cambiamento organizzativo richiesti dalla normativa in esame, anche in rapporto ai modelli di funzionamento esistenti in Azienda e nella Regione;
5. la resistenza a processi di affermazione di sistemi di responsabilizzazione/valorizzazione/valutazione dei singoli dipendenti, con conseguente ridefinizione di ruoli e responsabilità.

L'analisi dei processi produttivi, dei procedimenti interni e l'adozione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza 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 e alla strategia dell'organizzazione(Indagine su clima interno e benessere organizzativo).

8 AMBITO DI APPLICAZIONE DEL PTPCT

Il PTPCT si applica a:

1. tutti i dipendenti dell'Azienda appartenenti all'area del comparto e alle aree della dirigenza sanitaria e dirigenza tecnico-amministrativa con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, anche in posizione di comando o assimilata;
2. personale universitario in afferenza assistenziale (sia in regime di diritto pubblico, sia contrattualizzato) 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 collaboratori, consulenti, tirocinanti, specializzandi e frequentatori con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, nonché collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi, o che realizzano opere in favore dell'Azienda, per quanto compatibile.

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

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 a specifici obiettivi anticorruzione, con la messa a disposizione di risorse finalizzate anche a supporto-del quadro organizzativo.
- **Responsabile per la prevenzione della corruzione e 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 l'idoneità e presentando eventuali proposte di modifica. Il RPCT propone la formazione generale e specifica dei professionisti sulle tematiche di prevenzione della corruzione trasparenza e integrità. Controlla inoltre l'adempimento degli obblighi di pubblicazione sul sito, come previsto dalla normativa, verificandone la completezza e il periodico aggiornamento.

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

- **Dirigenti responsabili delle strutture aziendali** che concorrono con il RPCT e la Direzione alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto delle stesse da parte dei dipendenti che afferiscono alla struttura/area cui sono preposti; partecipano attivamente all'elaborazione e attuazione del PTPCT e prestano la propria collaborazione in termini di contributo conoscitivo e di diretta responsabilità per gli atti compiuti a supporto dell'opera degli organi di indirizzo. I dirigenti sono investiti degli obblighi inerenti la trasparenza e devono attivare e garantire i flussi informativi obbligatori per l'implementazione del sito *web* nella sezione "Amministrazione Trasparente"; sono direttamente responsabili della correttezza, della chiarezza e della completezza dei dati inviati nel rispetto dei termini, nonché della tenuta del continuo aggiornamento dei dati stessi.

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

  Il gruppo di supporto alle politiche, è sede privilegiata di analisi, di valutazione delle proposte provenienti dalle aree di attività aziendali, di monitoraggio delle problematiche in materia di anticorruzione e di trasparenza, al fine di proporre la migliore strategia alla Direzione generale. L'organismo è coordinato dal Direttore Amministrativo dell'Azienda ed è composto dal Direttore sanitario (o suo delegato) e dai responsabili delle macro aree di attività aziendali.

  L'organismo di supporto operativo al RPCT è composto sia da dipendenti che operano stabilmente con il RPCT sia da altri afferenti ad altre aree di attività aziendali individuati dal RPCT in accordo con la Direzione e le stesse aree di afferenza; questi ultimi prestano collaborazione alla politica di prevenzione della corruzione e trasparenza per la quota parte della loro attività, in quanto rappresentativi di aree strategiche dell'Azienda, che necessariamente devono cooperare alla determinazione e attuazione di obiettivi anticorruzione e trasparenza (allegato 2). Il gruppo collabora con il RPCT per la predisposizione della proposta di PTPCT, a supporto delle strutture aziendali per il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PTPCT e per il monitoraggio dell'efficacia e del riesame del sistema adottato.

- **Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza** (di seguito Referenti - allegato 2) che sono individuati dal Direttore/Responsabile dell'area di riferimento in accordo con

il RPCT, tra soggetti aventi adeguata conoscenza rispetto alle attività dell'area e con caratteristiche di integrità.

I Referenti vengono individuati presso le aree di attività in cui risulta necessario un particolare supporto all'attività del RPCT, (per esempio: per l'Area Tecnica e le UU.OO. dell'Area amministrativa); in tutti gli altri casi il RPCT mantiene i rapporti direttamente con il Dirigente. I Referenti necessariamente supportano le attività dell'Organismo di Supporto operativo, di cui al precedente punto, nell'attuazione e monitoraggio degli obiettivi previsti nel PTPCT.

I Referenti collaborano con il RPCT e il Dirigente della struttura cui afferiscono, ma operano in autonomia rispetto a quest'ultimo per la funzione loro assegnata di promozione, monitoraggio e controllo, di cu sono direttamente responsabili.

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

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

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

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

- **Responsabili Sanitari di Dipartimento** (RSD) (allegato 2), presidiano, per quanto di competenza, i fenomeni di *mala-administration* riferiti al contesto delle attività sanitarie in collaborazione con i Direttori di Struttura e i Referenti assegnati ai rispettivi dipartimenti; insieme ai Referenti costituiscono la rete di prevenzione dei fenomeni di corruzione intesa quale *mala-gestio*, e svolgono un'attività di monitoraggio, la verifica dell'attuazione e dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPCT riferite ai processi sanitari e di promozione della trasparenza. Nell'ottica di un sistema di controlli interni, informano il RPCT, il proprio Dirigente e il Referente di eventuali criticità emerse al fine di proporre alla Direzione possibili interventi e misure di natura preventiva.

- **Operatori dell'Azienda** che partecipano al processo di gestione del rischio; osservano le misure contenute nel presente PTPCT e nel Codice di comportamento e in tutti i documenti integrativi; segnalano i casi di illecito e di conflitto di interessi rilevati, proponendo anche possibili soluzioni di miglioramento.
- **Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda** che osservano le misure contenute nel presente PTPCT, nel Codice di Comportamento e in tutti i documenti integrativi, segnalando le situazioni di illecito rilevate o proponendo possibili azioni di miglioramento.

Il RPCT, l'Organismo di supporto alle politiche e di supporto operativo, i Referenti e gli RSD costituiscono la Rete di prevenzione della corruzione e promozione della Trasparenza aziendale (di seguito la Rete), che supporta la Direzione Aziendale e i Dirigenti nella programmazione, attuazione, monitoraggio, controllo e riesame della politica di prevenzione della corruzione, trasparenza nonché 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 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, quale obiettivo da riproporre per questo anno, dovrà essere aggiornato in seguito alle successive novità apportate dal nuovo D.Lgs n. 90/2017.

Nel 2020 è stato individuato come "Gestore" il Responsabile della UO Controlli Interni ed è stato aggiornato il regolamento (provv. DG n. 50/2020).

9.2 Responsabile anagrafe della stazione appaltante

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

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, aggiornamento almeno annuale delle informazioni e dei dati identificativi della Stazione appaltante con implementazione della BDNCP di ANAC. Tale obbligo sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. n. 38 del D.Lgs n. 50/2016.

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 le seguenti:

- mappare e gestire i rischi di corruzione nella loro dimensione effettiva, non solo locale e aziendale;
- gestire in modo coordinato le misure trasversali obbligatorie imposte dalla legge;
- coordinare le azioni formative in materia di prevenzione della corruzione;
- gestire in modo integrato la trasparenza del Sevizio Sanitario Toscano.

Il Gruppo è coordinato da un dirigente dell'Assessorato al Diritto alla salute, al *welfare*, all'integrazione socio-sanitaria e sporte 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: 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 costituire un valido supporto per l'avvio del citato processo di coordinamento.

Nel 2017 si è svolto un percorso 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 PTPC, del Programma triennale per la trasparenza o dei Codici di comportamento, a cui equivale la mancanza di elementi minimi.

  Il D.Lgs n. 171/2016 "*Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria*" all'Art. 2 *"Disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale"* prevede, al fine di assicurare

omogeneità nella valutazione dell'attivita' dei direttori generali, i criteri e le procedure di cui tener conto; oltre al raggiungimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, al rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati e alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso la riduzione delle liste d'attesa, è richiesto il rispetto degli obblighi in materia di trasparenza, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale.

- 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 sia disciplinare che amministrativa, oltre a danno erariale e all'immagine. Questo a meno che il Responsabile provi di avere predisposto il Piano, prima di aver commesso il fatto, 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).Infatti, oltre alla responsabilità per il mancato rispetto del PTPCT dell'area di rispettiva competenza e la mancata applicazione delle misure di contenimento del rischio, l'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012, stabilisce che l'assenza o l'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. Inoltre, 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 ed eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'Azienda: sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla *performance* individuale dei responsabili. (articolo 46, comma 1 D.Lgs n. 33/2013).

- Gli **Organismi di Supporto al RPCT** sono responsabili del supporto fornito al RPCT nella programmazione, attuazione, controllo, monitoraggio e riesame della politica di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità contenuta nel PTPCT, secondo i compiti agli stessi attribuiti con il presente documento. I dipendenti individuati per la partecipazione alle attività di tali Organismi sono pertanto responsabili della collaborazione fornita al RPCT nella programmazione, attuazione, monitoraggio e riesame della politica aziendale di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza.

  Le strutture di loro afferenza, a fronte di una pianificazione e programmazione condivisa sulle attività da implementare nel corso dell'anno, sono tenute a garantire la presenza e la continuità rispetto al programma di lavoro concordato ai fini del raggiungimento degli obiettivi del PTPCT.

- La **Rete anticorruzione** è responsabile della collaborazione fornita al RPCT e agli Organismi di supporto nella politica di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità contenuta nel PTPCT. In particolare è responsabile del supporto fornito al RPCT nella programmazione, e attuazione del PTPCT, nel monitoraggio delle misure di contenimento del rischio programmate,
- 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. 33/2013approvato 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. Si richiamano in particolare le indicazioni fornite dall'allegato 1 al PNA 2019 (delibera ANAC n. 1064/2019).

Il presente PTPCT evidenzia, inoltre, il possibile rischio residuo nelle attività analizzate a seguito della misura individuata, programma un sistema di monitoraggio delle misure proposte, un sistema di controllo e di 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 l'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.
7. il riesame del sistema adottato.

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

Le aree di rischio individuate dalla Legge, dall'aggiornamento 2015 del PNA e dal nuovo PNA 2019, sono distinte in aree obbligatorie, generali e aree specifiche e sono le seguenti:

1) **Aree di rischio obbligatorie previste dalla L. 190/2012, art. 1, c. 16**:
   a) Autorizzazioni o concessioni
   b) Acquisti di beni, servizi e lavori
   c) Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati
   d) Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera

2) **Aree di rischio generali (da aggiornamento PNA 2015):**
   a) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
   b) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
   c) Incarichi e nomine
   d) Affari legali e contenzioso

3) **Aree di rischio specifiche per il settore sanitario (da aggiornamento PNA 2015):**
   a) Attività libero professionale e liste di attesa
   b) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione, sponsorizzazione
   c) Attività conseguenti al decesso intra-ospedaliero

4) **Aree di rischio ulteriori individuate dall'Azienda (allegato 1 ai Piani): gestione dei conflitti di interessi**
   a) gestione rifiuti
   b) gestione consenso informato
   c) partecipazione dei professionisti ad associazioni di pazienti e società scientifiche
   d) accesso degli informatori medico scientifici e *specialist* di prodotto
   e) gestione del rischio clinico
   f) utilizzo farmaci (*off label*)

11.1 Strumento di analisi

La scheda di analisi predisposta dall'Azienda 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 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 con una prima selezione, ottenuta per mezzo di confronto 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), facendo seguito all'applicazione delle misure concordate in sede di lavoro di gruppo.

Da tale analisi vengono evidenziati i rischi corruttivi, ma anche quelli organizzativi, che vengono trasmessi alle strutture interessate e all'AQRM, in accordo con la Direzione Aziendale, 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, avente a oggetto l'analisi di alcuni processi trasversali alle aree di attività aziendali e quelli propri del DPS, la cui attuazione ha avuto inizio nel 2017 e si è conclusa nel 2018. Il progetto è stato gestito in collaborazione con ARS, "Illuminimolasalute" e il CRCR. I processi mappati per gli anni di riferimento sono visualizzabili nell'allegato 1 ai precedenti Piani.

L'anno corrente, vedrà il progressivo coinvolgimento dei professionisti, nella nuova mappatura delle aree di rischio obbligatorie e generali, quale ambito prioritario di interesse, al fine di dare attuazione a quanto richiesto da ANAC nel PNA 2019.

Tale attività è gia iniziata nel 2019 e ha comportato, in particolare una nuova analisi di quei processi di attività emersi a rischio medio/alto con l'analisi fatta negli anni 2014/16, 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 già adottate dai dirigenti interessati e prevedere comunque azioni di miglioramento. A questi processi, analizzati a suo tempo con i criteri e la scheda del primo piano nazionale anticorruzione 2013, verranno applicati i nuovi criteri di analisi e utilizzati i nuovi strumenti di lavoro (già impiegati nel 2017/19), che rispecchiano quanto previsto nell'allegato 1 al PNA 2019.

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

Gli esiti dell'attività di mappatura saranno pubblicati, insieme a quelli degli anni precedenti, 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 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 nel tempo 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 individuati sono stati analizzati predisponendo una griglia di indicatori da verificare in base a una *check-list* predefinita; l'impianto analitico della griglia è stato condiviso con le altre Aziende sanitarie dell'Area Vasta Centro della Regione Toscana.

L'Azienda ha 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 l'Azienda ha avviato una rivalutazione dei processi delle aree tecnico-amministrativee staff allo scopo di verificare l'efficacia delle misure a suo tempo adottate e l'impatto della riorganizzazione posta in essere dalla Direzione aziendale in questi ultimi anni.

Per i processi afferenti all'area tecnica, nel 2018 la direzione amministrativa ha ritenuto prioritario partire dalla rivalutazione delle procedure di gara - settore lavori pubblici - a prescindere dal grado di rischio a

suo tempo emerso. L'analisi ha riguardato la mappatura dei processi di programmazione, progettazione, aggiudicazione e realizzazione ed è stata portata avanti insieme al Referente anticorruzione e trasparenza, ai Dirigenti e alle posizioni organizzative del settore.

Questa attività di analisi è stata accompagnata anche da un'attività di formazione specifica.

Con il provvedimento del Direttore Generale n. 784/2019 si è realizzato un riposizionamento degli obiettivi di mappatura previsti dal PTPCT per l'anno 2019 (vedi l'allegato "aggiornamento al PTPCT anni 2019/21" con le nuove attività di mappatura programmate per il 2019), in esito a un percorso di riorganizzazione, a oggi ancora in corso di attuazione, che ha riguardato in particolare le aree di attività tecnico-amministrativa; con tale provvedimento si è stabilito di rinviare la mappatura di tali aree a fine del percorso di riorganizzazione.

Nel 2020 proseguirà, per l'Area amministrativa e di Staff, il riesame dei processi precedentemente valutati come a rischio medio-alto, che continuerà progressivamente su tutti gli altri processi (allegato 1 al presente piano). L'attività ha avuto inizio nel 2019 con i processi afferenti alle UO Amministrazione del Personale, Contabilità Generale e Finanza e Patrimonio e gare a gestione aziendale.

Il sistema di analisi (e lo strumento utilizzato - scheda FMECA) per il riesame di queste aree di rischio obbligatorio e generale sarà quello già utilizzato nel corso del 2017/2019 per la mappatura delle aree a rischio specifiche, in quanto ritenuto maggiormente funzionale, rispetto alla metodologia attuata nel 2014/2015, e conforme al nuovo PNA 2019 (allegato 1).

12.2 Analisi dei processi trasversali

Nel 2019 è proseguito il percorso di analisi anche per i processi trasversali, iniziato a decorrere dal 2017 con il Progetto "La *mappatura delle aree di rischio specifiche*", portato avanti dall'Azienda 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 poiché forieri di possibili situazioni di conflitto di interessi.

L'Azienda ha maturato la decisione di ritenere prioritaria un'analisi di tali relazioni alla luce di alcune indagini per corruzione iniziate nel 2014 che hanno avuto a oggetto proprio il rapporto di alcuni professionisti aziendali con i fornitori, *sponsor* e finanziatori privati.

Nel 2018 è partita l'analisi anche dei processi che comportano un'interfaccia con i cittadini utenti (consenso informato nel 2018 e gestione del rischio clinico nel 2019).

Rispetto ai processi mappati nel 2020 l'Azienda strutturerà un sistema di monitoraggio sull'efficacia di quanto attuato.

12.3 Mappatura dei processi e analisi dei rischi di *mala-administration*.

a) Organizzazione Obiettivo e Metodologia

La mappatura dei processi, secondo la scheda FMECA, è stata avviata nel 2017.–La partecipazione a questa attività di professionisti aziendali di estrazione diversa ha permesso un'analisi a tutto tondo di ciascun processo con l'individuazione di criticità sia corruttive sia organizzative che potrebbero favorire comportamenti di *maladministration*.

L'approccio seguito con i professionisti ha previsto:

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

Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto fin da subito con il seguente iter:

- il RPCT informa il Direttore del Dipartimento/Area protagonista dell'analisi di interesse;
- I Direttori indicano i nomi dei professionisti che ritengono opportuno coinvolgere.
- I partecipanti vengono convocati a una serie di incontri della durata di due ore circa, durante i quali - con l'ausilio di una conversazione guidata da parte del coordinatore del gruppo (RPCT o componente gruppo di supporto operativo RPCT)- sono invitati a descrivere le loro attività quotidiane e i relativi aspetti sia positivi sia critici, a valutare le misure di contenimento del rischio corruttivo presenti in Azienda, nonché a proporre le eventuali azioni di miglioramento da realizzare. Le osservazioni, vengono riportate nella scheda.

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

Le fasi di analisi del processo sono:

1. individuazione (input e output, risorse, vincoli, Responsabile/altri attori);
2. scomposizione in fasi e attività;
3. descrizione delle attività e delle risorse che partecipano;
4. raccolta delle criticità nelle varie fasi (sia organizzative sia di *mala-administration*) in ottica di *Risk Based Thinking*(RBT);
5. descrizione delle criticità;
6. pesatura delle criticità a rischio corruttivo in termini di Probabilità – Danno – Rilevabilità (PDR) con analisi FMECA;

7. individuazione delle misure di contenimento del rischio corruttivo presenti;
8. proposta di nuove misure di miglioramento;
9. pesatura del rischio residuo.

b) **Restituzione dei risultati**

Il prodotto finale viene poi presentato dal Gruppo di lavoro al Direttore del Dipartimento/Area/Struttura interessati al fine di programmare per gli anni di riferimento del PTPCT gli obiettivi anticorruzione e di trasparenza.

Il gruppo di lavoro, conclusa l'analisi con i professionisti, restituisce altresì la scheda al RPCT per tradurlo in obiettivi di miglioramento e, di conseguenza, in obiettivi di valutazione della *performance*(organizzativa e individuale)che sono oggetto di negoziazione tra la Direzione Aziendale e la Struttura coinvolta.

12.4 La mappatura dei processi sanitari (Processo nascita, emergenza, chirurgico, ambulatoriale, riabilitazione, medico, …)

Con provvedimenti del DG n. 161/2019 e n. 784/2019 è stato aggiornato il PTPCT aziendale per gli anni 2019/2021.

Tali provvedimenti hanno disposto di affidare la mappatura dei processi sanitari al lavoro integrato dell'UO AQRM con l'UO Direzione operativa e il DPS allo scopo di rappresentarne gli esiti differenziando in ragione della loro natura i rischi corruttivi, organizzativi e di sicurezza rilevati.

l'UO AQRM, il DPS e l'UO Direzione operativa hanno attivamente collaborato dal 2014 con il RPCT in tutte le attività formative in materia di: prevenzione dei fenomeni corruttivi, mappatura dei processi aziendali, analisi, pesatura dei rischi, nonché individuazione delle relative misure di contenimento dei rischi rilevati. Ciò ha permesso di condividere in Azienda conoscenze e competenze sulla cui base agire congiuntamente nelle analisi dei processi, secondo le ottiche diverse di anticorruzione, trasparenza, accreditamento e sicurezza, acquisendo pertanto la necessaria autonomia d'intervento. La UO AQRM all'interno dello sviluppo del Sistema Qualità e Sicurezza aziendale, promosso secondo quanto previsto dal Piano triennale Qualità e Sicurezza approvato con Provv.to DG n° 33 del 15/01/2020, ha previsto di sviluppare a partire dal 2020 un'analisi di approfondimento dei processi sanitari accreditati in ottica di *risk assessment*, dopo aver sviluppato fra il 2017 e 2019 un sistema di autovalutazione all'interno delle *equipe* sanitarie, che permette ai Responsabili di processi di diagnosi e cura un riesame annuale delle attività in ottica di qualità e sicurezza (Le altre azioni di miglioramento della qualità poste in essere dal 2017 al 2019 sono descritte nel Piano Qualità e Sicurezza). La mappatura che si andrà a produrre viene avviata sulla base del repertorio aziendale dei processi sanitari individuali secondo i criteri indicati dal DGRT n° 79/R del 2016. A seguito degli approfondimenti di analisi sarà effettuato, se necessario, anche un aggiornamento del repertorio dei processi (allegati all. 1 e 1A del PN19 21 903 02 Sz 0 - Provv.to DG n° 33 del 15/01/2020). L'analisi di processo sarà effettuata da un gruppo di lavoro multidisciplinare che coinvolge le funzioni strategiche aziendali (DO, DPS, Direzione Sanitaria tramite le funzioni di RSD e la Direzione Amministrativa tramite le funzioni dei RA) oltre i Responsabili e gli operatori sanitari

direttamente coinvolti nel processo. La mappatura dei processi sarà completata da un'analisi dei rischi che vede coinvolte le funzioni aziendali competenti per ambito specifico di rischio (*mala-administration* anticorruzione, rischio clinico, sicurezza degli operatori etc..) in una modalità sinergica che permetta una migliore e più specifica individuazione dei fattori abilitanti e, allo stesso tempo, una visione globale di *risk assessmant*, traendo spunto dalle indicazioni e dalla filosofia del "*risk based thinking*" della norma UNI EN ISO 9001:2015. Il programma di analisi si sviluppa nel triennio 2020-22 come è riscontrabile nell' all. 4. PN19 21 903 02 Sz 0 "Declinazione obiettivi in uscita" e prevede la seguente articolazione temporale aggiornata secondo i tempi del Piano:

- Area Critica (1° trim.2020)
- Materno Infantile(2°trim 2020)
- Ambulatoriale (3 -4° trim.2020 -1°sem 2021)
- Emergenza Urgenza (2° trim 2021)
- Medico (2°semestre 2021)
- Chirurgico (1 semestre 2022)
- Oncologico/Riabilitavo (3° trim 2022)

L'analisi dei processi sanitari è dal 2020 pertanto indirizzata dalle tre strutture richiamate sopra al fine di coordinare l'accreditamento e l'analisi organizzativa di tali processi aziendali con l'attività di prevenzione degli eventuali rischi corruttivi, sposandosi tale lavoro combinato con la considerazione generale dell'appropriatezza dei processi sanitari. Tali strutture coinvolgeranno il RPCT per le valutazioni di competenza quando, in corso di analisi, risulti necessario trattare i rischi corruttivi/*mala-administration* eventualmente emersi e proporre le misure di contenimento da inserire nel PTPCT e da assegnare quali obiettivi di prevenzione della corruzione e per la trasparenza per le strutture aziendali interessate. I rischi organizzativi saranno invece presi in carico dalle stesse strutture e gestiti con le funzioni aziendali di riferimento.

12.5 Analisi dei processi del Dipartimento professioni sanitarie (DPS)

Nel 2018 è stato mappato il processo *Prevenzione e trattamento delle lesione cutanee* (UDP) con il coinvolgimento anche di alcuni *stakeholder*. La mappatura del processo è stata effettuata utilizzando la metodologia *RiskBasedThinking*, 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. Tale metodologia ha consentito al DPS la risoluzione in autonomia di alcune criticità emerse (pianificate come azioni di miglioramento per il 2019) e la programmazione di interventi di miglioramento da effettuare in collaborazione con altre strutture/funzioni aziendali.

Nella mappatura dei processi del DPS oltre alla metodologia e agli strumenti utilizzati per la "*La mappatura delle aree di rischio specifiche*" (vedi paragrafo 8.1 - scheda identificazione rischi/indicizzazione/azioni di miglioramento), è stata utilizzata anche una scheda di rilevazione dei portatori di interesse e del loro peso all'interno dei processi mappati.

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

A proseguimento delle attività di prevenzione della corruzione ,nel 2019 è stato mappato, con la stessa metodologia e gli stessi strumenti utilizzati per il percorso "Illuminiamo la salute" e per la mappature precedenti, il processo sul *trasporto materiale sanitario*; attività effettuata da operatori afferenti alla Piattaforma SIP e logisitica sanitaria del DPS. Le misure di miglioramento scaturite dalla mappatura (criticità organizzative)sono già state implementate nel corso del 2019 .

Nel 2019 è stato rivalutato il Processo Gestione delle lesioni cutanee. Anche in questo caso, le misure di miglioramento identificate dalla ulteriore mappatura (criticità organizzative) sono state implementate nel corso del 2019.

13 ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI

L'analisi emersa a seguito delle mappature dei processi di cui ai precedenti paragrafi, sarà pubblicata in allegato 1 al presente PTPCT. L'AQRM fornirà al RPCT l'analisi inerente i processi sanitari da inserire nel PTOCT. Le misure di contenimento dei rischi corruttivi sono condivise 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 PTPCT.

Le misure di prevenzione dei rischi corruttivi diventano obiettivi per gli anni successivi, previa valutazione della Direzione aziendale circa la loro fattibilità, che resta soggetta ai cambiamenti organizzativi o del contesto esterno.

Le misure proposte dal Gruppo di lavoro per i problemi organizzativi sono rimesse al Dipartimento/Area/SOD/UO di riferimento che , con il supporto dell'UO AQRM, attua un piano di miglioramento organizzativo.

13.1 Monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione

Il Sistema di monitoraggio prevede sia un monitoraggio sull'attuazione delle misure sia del PTPCT nel suo complesso.

Tale sistema è articolato su due livelli:

- il primo livello fa capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure. Il monitoraggio di primo livello, dunque, può essere attuato in autovalutazione dai Direttori e dai Referenti che hanno la responsabilità di attuare le misure. Il responsabile del monitoraggio di primo livello è chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura di mitigazione del rischio corruttivo. 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 PTPCT e sulla loro idoneità; a tal fine possono servirsi dei propri Referenti e degli RSD per la parte sanitaria.

- il secondo livello è in capo al RPCT coadiuvato da una struttura di supporto e/o dagli altri organi con funzioni di controllo interno (es. *internal audit).*

Il monitoraggio delle misure di contenimento dei rischi, assegnate dirigenti interessati quali obiettivi di valutazione della *performance* (allegato 1 al PTPCT), viene effettuato attraverso i Referenti anticorruzione (vedi anche il precedente paragrafo 6).

Il controllo del raggiungimento degli obiettivi proposti prevede un monitoraggio semestrale e una rendicontazione a fine anno.

I risultati del monitoraggio degli obiettivi assegnati sono condivisi con l'OIV e con la Direzione aziendale al fine di valutarne le azioni conseguenti. Gli obiettivi non raggiunti vengono, laddove possibile, riprogrammati nell'anno successivo.

I risultati del monitoraggio degli obiettivi assegnati sono oggetto di pubblicazione sul sito aziendale, a seguito della relativa rendicontazione che viene fatta nei primi mesi dell'anno successivo.

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

In particolare, i Referenti inviano al RPCT una relazione di fine anno rispetto al livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati all'area/struttura di riferimento, spiegandone gli eventuali scostamenti. I Referenti, inoltre, possono essere coinvolti dal RPCT nel monitoraggio degli obiettivi assegnati a un'altra area, se individuati a supporto del raggiungimento di un obiettivo che comunque fa capo direttamente ad un'area diversa.

Il monitoraggio di secondo livello sarà strutturato come obiettivo del 2020.

13.2 Riesame delle misure di contenimento del rischio attuate

> La verifica della funzionalità del sistema di gestione del rischio è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione che conduce a riesaminare i risultati ottenuti al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi. In tal senso, il riesame periodico del sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio ed è volto a conoscere i rischi emergenti, identificare i processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio.

Tale fase risulta perciò fondamentale per far sì che l'Azienda operi un miglioramento continuo. Il controllo e la valutazione dell'impatto delle misure di prevenzione della corruzione adottate dalle strutture è svolto dalla rete anticorruzione. il riesame sarà strutturato come obiettivo del 2020 e avviato nel triennio di valenza del piano.

A tale scopo, la Rete anticorruzione-potrà servirsi anche della UO Controlli Interni Integrati.

La Rete e tutte le funzioni di controllo ai vari livelli nel 2020 hanno l'obiettivo di supportare il RPCT nella implementazione del sistema di controllo.

I piani di miglioramento che scaturiscono, invece, dalla mitigazione dei soli rischi sono sottoposti a verifica da parte delle strutture aziendali coinvolte nell'attuazione del piano stesso e dalle UO AQRM, DPS e Controlli Interni Integrati.

14 OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il RPCT allo scopo di prevenire atti corruttivi si avvale delle strutture aziendali per reperire informazioni e dati relativi a provvedimenti o attività. Le strutture sono tenute a collaborare con il RPCT.

Con riferimento agli obblighi di informazione si precisa che:

1. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari informa il RPCT dei procedimenti attinenti la corruzione; 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 corruzione o l'illegalità che riguardi l'Azienda è tenuto a informare il RPCT (come da regolamentazione aziendale);
3. i Dirigenti responsabili di SOD/UO sono tenuti a segnalare tempestivamente al RPCT qualsiasi difetto di attuazione del PTPCT, adottando le azioni necessarie per eliminarlo, nel caso in cui rientri nella loro competenza dirigenziale;
4. i Referenti anticorruzione informano il RPCT ogni anno entro il termine del 31dicembre sulle attività di monitoraggio, indicando anche le eventuali nuove misure necessarie a incrementare l'azione preventiva da programmare nel nuovo PTPCT.
5. gli operatori 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

La legge n. 190/2012 introduce valutazioni più severe in materia di svolgimento di attività lavorative o incarichi interni o esterni da parte dei dipendenti pubblici (anche non retribuite) volte ad appurare l'insussistenza di un conflitto di interessi, anche potenziale.

L'Azienda con provvedimento del D.G. n. 149 del 16/03/2016 ha approvato il Protocollo d'Intesa stipulato tra l'Azienda e l'Università degli Studi di Firenze che consente ai due enti di valutare l'esistenza di conflitti di interessi in relazione alle attività extra-impiego dei docenti universitari che svolgono attività assistenziale presso l'Azienda. Per effettuare tale valutazione il Protocollo ha costituito la Commissione per la Valutazione del Conflitto di Interessi (COVACI),a composizione mista aziendale e universitaria.

La COVACI è un organismo consultivo che coadiuva la Direzione aziendale ei Direttori/Responsabili delle strutture aziendali 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-vediCodice di comportamento aziendale) è la situazione in cui il dipendente pubblico lascia prevalere un proprio interesse privato (finanziario o non) anziché il primario interesse istituzionale da perseguire nello svolgimento dei propri compiti.

Sul tema è stato attivato, a decorrere dal 2016,un modulo formativo obbligatorio specifico (corso di formazione a distanza - FAD)per tutti i dipendenti. Inoltre, l'8/11/2017si è svolta una giornata formativa, aperta a tutti, dedicata interamente al conflitto di interessi e all'attività della COVACI.

Per lo svolgimento delle proprie attività la COVACI si avvale di una segreteria e di un sistema informatizzato "Dedalus"(in fase di ulteriore implementazione) che consente di acquisire le informazioni necessarie inserite dagli uffici aziendali (Amministrazione del Personale, Formazione, Settore servizi esternalizzati, etc.) e dall'UNIFI (gestione del personale).

Per il 2020 sono previsti sia l'aggiornamento del Protocollo d'intesa, sia l'adozione di una specifica regolamentazione delle modalità e dei criteri di funzionamento della Commissione stessa sulla base degli anni di attività. Le proposte, presentate alle due Direzioni, sono in corso di valutazione.

I dati delle attivitàdella COVACI a decorrere da aprile 2016 sono riportati nella sottostante tabella.

ATTIVITÀ SVOLTA dalla COVACI

	2016	2017	2018	2019
Pratiche AOUC	823	1640	1605	1769
Conflitti rilevati	13	38	24	28
Pratiche UNIFI	830	1310	1109	1196
Conflitti rilevati	13	26	6	7
TOT Pratiche	1653	2950	2714	2965
TOT Conflitti	26	64	30	35

I dati di attività della COVACI relativi al 2019 sono riportati nell'aggiornamento al PTPCT (Allegato 5).

L'autodichiarazione sul conflitto di interessi rilasciata dal personale dipendente, dal personale UNIFI in afferenza assistenziale e dai collaboratori con contratti atipici – una volta acquisito il parere del direttore della struttura a cui afferisce il dichiarante - viene trasmesso alla UO Amministrazione del personale, e inoltrato, per la valutazione dei conflitti di interessi alla COVACI; l'autodichiarazione e il relativo parere della Commissione vengono archiviati nel fascicolo personale del dichiarante. Un modulo digitale è stato predisposto per acquisire le autodichiarazioni di interesse e quelle reddituali e patrimoniali (ove previste)

direttamente via *web*, permettendo l'integrazione su *Dedalus* anche di questi dati. Tale modulo sarà operativo nel corso di questo anno.

Nel 2019 è stato aggiornato anche il Codice di comportamento aziendale a seguito delle novità apportate grazie al progetto "*La mappatura delle aree di rischio specifiche*" anno 2017/2018, dalla aggiornata regolamentazione aziendale e regionale e dalle linee guida regionali e nazionali.

La COVACI ha inoltre condiviso con ESTAR (centrale di committenza regionale per i procedimenti di gara su beni e servizi) un percorso di valutazione dei conflitti di interessi dei professionisti aziendali inviati alle procedure di gara.

Per quanto riguarda la valutazione del conflitto di interessi nelle sperimentazioni cliniche, si ritiene opportuno attivare un con il CTC e il Comitato Etico, anche al fine di condividere l'attuazione del nuovo D.Lgs n. 52/2019.

16 IL SERVIZIO ISPETTIVO AZIENDALE

Il Servizio Ispettivo è inserito nel Sistema dei Controlli Interni dell'AOUC. La sua attività - finalizzata all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi previste dalla Legge n. 662/1996 da parte dei dipendenti dell'AOUC e del personale in afferenza assistenziale – è sia ordinaria sia straordinaria e disciplinata da apposito regolamento aziendale.

La procedura di accertamento ordinaria consiste nella verifica annuale su un campione di dipendenti estratti a sorte fra tutto il personale dipendente dell'AOUC con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, determinato, a orario pieno, part-time e impegno ridotto, e il personale dipendente dell'Università degli Studi di Firenze in afferenza assistenziale.

La procedura di accertamento straordinaria, attivata con richiesta della Direzione aziendale al Coordinatore del Servizio Ispettivo è prevista per specifici accertamenti in presenza di notizie, informazioni e segnalazioni da parte di responsabili di strutture aziendali, dipendenti o soggetti esterni nonché per indagini e accertamenti straordinari disposti da parte della Direzione Aziendale su specifiche questioni inerenti il rapporto di lavoro dei dipendenti dell'AOUC.

Il Servizio Ispettivo segnala all'UPD gli elementi emersi dalle verifiche ritenuti sufficienti per l'avvio di un procedimento disciplinare e dà comunicazione degli elementi che possono rappresentare ipotesi di reato alla Direzione Aziendale che valuterà il successivo eventuale inoltro all'Autorità Giudiziaria.

Di seguito la rappresentazione dell'attività ordinaria svolta nel corso dell'anno 2019 con riferimento all'anno 2018:

	SSN		**Totale**	**UNIFI**		**Totale**	**Totale complessivo**
	Tempo indeterminato	Tempo determinato		Professore associato	Ricercatore T.I.		
Comparto amministrativo tecnico professionale	15	1	16				16
ORARIO PIENO	*14*	*1*	*15*				
PART TIME 83.33	*1*		*1*				

	SSN		Totale	UNIFI		Tota-le	Totale complessi-vo
	Tempo inde-terminato	Tempo de-terminato		Professor e associa-to	Ricercato-re T.I.		
Professioni sanitarie	26		26				26
ORARIO PIENO	*25*		*25*				
PART TIME 83.33	*1*		*1*				
TOTALE COMPARTO	**41**	**1**	**42**				**42**
Dirigenza Amministrativa	**1**		**1**				**1**
ORARIO PIENO	*1*		*1*				
Dirigenza medica e sanitaria non medica	**9**		**9**	**1**	**1**	**2**	**11**
A RAPPORTO NON ESCLUSI-VO	*1*		*1*				
TEMPO PIENO DIRIGENTI	*1*		*1*				
TEMPO PIENO MED-SAN A RAPPORTO ESCLUSIVO	7		7	1	1	2	
Totale complessivo	**51**	**1**	**52**	**1**	**1**	**2**	**54**

Il Servizio Ispettivo Aziendale ha anche il compito di coadiuvare il Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza nella verifica dell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013 in materia di inconferibilità e incompatibilità.

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

L'Azienda ha predisposto un sistema di segnalazione e risposta criptata via web per le segnalazioni di *whistleblower* che riceveva sia segnalazioni da utenti individuati che quelle anonime.

La piattaforma *web* garantisce l'anonimato di chi effettua segnalazioni di irregolarità o illeciti. Il sistema indirizza la segnalazione esclusivamente al RPCT che la gestisce ai sensi di legge e del regolamento interno (P/903/151).

Tale sistema di segnalazione è pienamente operativo dal 2015 ed è stato aperto agli utenti esterni con le medesime garanzie (vedi Relazione annuale del Responsabile per la prevenzione della corruzione).

Nel corso del 2019 l'Azienda ha revisionato il regolamento in materia e la relativa piattaforma web di segnalazione non rendendoli più applicabili alle segnalazioni anonime, che sono comunque tenute in considerazione dalla Stessa ai fini di eventuali approfondimenti istruttori, ove attengano a fatti di particolare gravità o, comunque, presentino elementi adeguatamente circostanziati con riferimento ai soggetti autori di violazioni che costituiscano illeciti o mala amministrazione e ai fattori spazio-temporali in cui le stesse violazioni si sono verificate.

18 CONTROLLO SULLE DICHIARAZIONI DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀAI SENSI DEL D.LGS.N. 39/2013

La delibera n. 149 del 22/12/2014 dell'ANAC "*Interpretazione e applicazione del D.lgs. 39/2013 nel settore sanitario*", vista la sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014, definisce l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità (in particolare con riferimento agli artt. 3, 5, 8 e degli artt. 10-14 del d.lgs. n. 39/2013) nel settore sanitario limitandolo ai soli incarichi di vertice, dunque, di Direttore generale, Direttore amministrativo e Direttore sanitario.

Il RPCT è tenuto a verificare l'insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità (art. 15, comma 1 d.lgs. n. 39 del 2013) nei confronti del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario.

Il RPCT è coadiuvato dal Servizio Ispettivo Aziendale nella verifica dell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013 in materia di inconferibilità e incompatibilità.

In caso di accertamento di una causa di inconferibilità il RPCT comunica l'avvio del procedimento di contestazione all'interessato e richiede al Direttore generale che venga dichiarata, con provvedimento, la nullità dell'atto di nomina, ai sensi di legge.

A fronte della dichiarazione di nullità dell'incarico conferito trova applicazione la sospensione, prevista dall'art. 18 del d.lgs. n. 39 del 2013, del potere di nomina del Direttore Generale per i successivi tre mesi. Nel caso in cui venga dichiarata nulla la nomina del Direttore Amministrativo, nel periodo di sospensione, l'incarico sarà ricoperto dal Responsabile dell'Area Amministrativa, mentre in caso di nullità dell'incarico di Direttore Sanitario quest'ultimo sarà sostituito dal Responsabile dell'Area Igiene e Organizzazione Ospedaliera.

Nel caso di incompatibilità del Direttore amministrativo o del Direttore sanitario il RPCT avvia il procedimento di contestazione all'interessato. Dalla data di contestazione decorrono il termine perentorio di15 giorni entro i cui l'incompatibilità risolta pena la decadenza dall'incarico

Gli atti di accertamento, e gli eventuali atti conseguenti, nei confronti del Direttore Generale sono esperiti dalla Regione Toscana che conferisce l'incarico. Per i suoi adempimenti l'Azienda acquisisce dalla Regione le relative risultanze.

19 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 sottocultura che, se radicata, mette in pericolo la vita stessa dell'organizzazione.

L'Azienda ha organizzato i seguenti corsi di formazione sulla prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza.

Nel 2014 sono stati organizzati n. 6 corsi, come formazione obbligatoria,a cui hanno partecipato un totale di 811dipendenti 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 relative ai temi specifici: procedure di gara, contratti, contabilità generale e finanza. All'evento hanno partecipato n. 126 professionisti che seguono tali settori di attività.

Tutti i corsi hanno avuto a oggetto l'analisi del vigente sistema di prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza, come previsto dalla normativa nazionale e dal modello aziendale, insieme a una parte dedicata ai singoli settori presi in esame.

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, promozione della 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 i dipendenti, in particolare:

- I ciclo: iscritti n. 4204. Corso completato al 31 gennaio 2017 da n. 4049 dipendenti;
- II ciclo (rivolto ai dirigenti e al comparto con incarico di posizione organizzativa): iscritti n. 1828. Corso completato al 31 gennaio 2017 da n. 1181 dipendenti.

Il corso è continuato nel 2017, con la seguente partecipazione.

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	

Allegato A

Elenco partecipanti corso FAD divisi per profilo professionale		
Professione	**Numero 2016**	**Numero 2017**
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, insieme ad altri elementi, è stata decisiva per l'attribuzione delle progressioni orizzontali al personale di comparto.

(Vedi Anticorruzione – formazione obbligatoria).

Il corso per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza in FAD rimarrà comunque sempre aperto per gli specializzandi e i nuovi assunti anche negli anni successivi. Saranno eventualmente programmati specifici moduli di aggiornamento da rivolgere ancora a tutto il personale.

È, infatti, convinzione dell'Azienda quella per cui la formazione e la cultura debbano 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 abbianoa ripetersi nel presente e nel futuro, sia per stimolare la riflessione sui problemi tuttora aperti.

Un progetto tra Azienda e Università sarebbe auspicabile per diffondere la formazione sui temi della prevenzione della corruzione e per la trasparenza, etica e integrità nelle scuole di specializzazione - progetto specializzandi.

Durante la mappatura delle aree di rischio specifico, di cui ai precedenti punti 8 e 9, sono stati inoltre previsti momenti formativi.

L'Azienda punta a continuare a organizzare, come già avvenuto nel 2017 e nel 2019, giornate formative a tema sia sulle novità normative sia 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 applicabile alle pubbliche amministrazioni in materia di antiriciclaggio e contro il finanziamento al terrorismo. Nel 2018 invece si è svolta una giornata di approfondimento su come l'innovazione tecnologica in sanità possa coniugarsi con le regole del codice dei contratti (D.Lgs n. 50/2016).

Nel 2019 sono state organizzate due giornate formative sul codice degli appalti.

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

20 CONTRATTI PER CONSULENZA /FORMAZIONE/ *TRAINING* IN AMBITO FORMATIVO

In linea con i principi espressi dalla L. n. 190/2012l'Azienda ha adottato specifici *format* di contratto in materia di consulenze/formazione/*training* in ambito formativo, richieste da committenti esterni ai professionisti aziendali. Tali forme contrattuali sono state aggiornate insieme al regolamento approvato con provvedimento del Direttore Generale n. 701/2019"*Regolamento per progetti o attività finanziata da soggetti privati*".

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.

Riepilogo contratti training:

- anno 2014 - n. 2
- anno 2015 - n. 12
- anno 2016 - n. 9
- anno 2017 – n. 12
- anno 2018 - n. 21
- anno 2019 - n. 55

La stipula dei contratti 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 l'Azienda, anziché coi singoli professionisti. Tale modello di contratto, adattabile alle varie situazioni, è stato predisposto nell'ottica di rendere trasparente questa tipologia di collaborazioni con l'esterno e disciplinarne in modo uniforme e diretto i termini e le modalità di esecuzione, nonché le eventuali condizioni economiche delle prestazioni rese e i potenziali conflitti di interessi. Del resto, il D.Lgs n. 33/2013obbliga 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. È stato inoltre previsto che le risorse derivanti dai finanziamenti delle attività oggetto dei presenti contratti, 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.

21 ROTAZIONE DEL PERSONALE

L'Azienda ha adottato criteri generali per realizzare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità, compresa quella di responsabile del procedimento, operante nelle aree di attività 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 implementare nel corso del prossimo biennio di valenza del Piano, deve sposarsi comunque con i criteri di efficienza e di continuità dell'azione amministrativa, clinica ed assistenziale e sarà perciò perseguita previa adeguata informazione alle organizzazioni sindacali rappresentative e in sinergia con le politiche regionali sul tema.

La prima area di attività aziendale che ha visto l'applicazione del principio di rotazione è quella della gestione dei sinistri per cui è stata adottata una modalità di assegnazione delle pratiche secondo rotazione delle stesse tra il personale amministrativo che si alterna nella partecipazione al Comitato Gestione Sinistri (CGS) e nella collaborazione con il Direttore degli Affari Generali, nella fase di trattativa e di definizione delle vertenze.

Il nuovo progetto dell'accoglienza e la riorganizzazione del Dipartimento delle professioni sanitarie (DPS), che hanno inciso profondamente sulle funzioni e sui processi da questi governati, portando con sé un'importante rotazione del personale afferente (Aree di attività e a Piattaforme produttive) che in parte è stato assegnato ad ambiti diversi rispetto a quelli di provenienza. 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 o di prevedere la rotazione delle pratiche, verrà valutata, anche a seguito della mappatura dei processi di attività ancora in corso.

Al momento l'Azienda non ha programmato piani di rotazione del personale stante la difficoltà di ruotare un personale per la maggior parte infungibile o per la scarsità delle risorse presenti su cui poter attivare programmi di formazione specifica.

22 COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE *PERFORMANCE*

L'analisi organizzativa per l'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel PTPCT 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 dei molteplici 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 PTPCT,saranno tradotte anche per il 2020in obiettivi organizzativi e individuali contenuti nel Piano della *Performance* in corso di redazione e assegnati alle strutture e ai loro dirigenti nell'ambito del percorso di *budget* e di valutazione dell'anno 2020.

La loro attuazione è uno degli elementi di valutazione del dirigente e in prospettiva, del personale non dirigente con incarichi di funzione. 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 costituiscono obblighi normativi o che consentano l'effettiva valutazione dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'attività dell'Azienda.

Sono previsti momenti di condivisione ditali obiettivi all'interno delle Aree e dei Dipartimenti aziendali(sia di attività tecnico amministrativa sia sanitaria) e periodici monitoraggi rispetto al loro raggiungimento con la Direzione Aziendale.

23 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 (vedi paragrafi seguenti).

23.1 Informatizzazione e dematerializzazione dei processi

L'informatizzazione e la dematerializzazione dei processi è una misura trasversale consistente nell'implementazione di un sistema di supporto informatico alle attività aziendali che consente la tracciabilità e l'automazione delle attività con contestuale limitazione di interventi correttivi al di fuori delle procedure definite. In particolare la misura interviene sulla gestione delle risorse umane, sulla gestione documentale, (protocollo e modulistica/firma digitale), sui sistemi di prenotazione/gestione delle liste d'attesa e sui processi di investimento.

A partire dal 2015 è stato strutturato il "Portale dei dipendenti" attraverso il quale oggi risulta possibile la comunicazione diretta con i dipendenti anche allo scopo di far sottoscrivere loro, in modo informatico, la modulistica richiesta periodicamente dalla recente normativa sul conflitti di interessi.

In particolare si è dato seguito alla Informatizzazione e dematerializzazione dei processi di investimento (Provvedimento del DG n. 648/2014).

23.2 Gestione delle liste di attesa e ottimizzazione della programmazione chirurgica e dei servizi erogati

L'Azienda, in ottemperanza a quanto stabilito con la Delibera Giunta Regione Toscana n. 638/2009 " *Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi di attesa in regime istituzionale, sia ordinario che libero-professionale. Tutela del diritto di accesso dell'assistito*" e con il documento RFC 165 "*Standard per la comunicazione in tempo reale delle liste di attesa per intervento e relativi tempi di attesa per Unità Operativa, nonché date ed esito di eventi specifici lungo il percorso di ciascun paziente dall'inserimento in lista alla dimissione post intervento*", è impegnata in un profondo e strategico riassetto della programmazione chirurgica.

La delibera 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 prevedeva di consentire:

- un accesso più corretto degli utenti e un'efficace trasmissione alla Regione di informazioni sulle liste di attesa per ciascun ambito di chirurgia: ambulatoriale, ordinaria e *DaySurgery*;
- 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 a 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 e individuazione del percorso chirurgico *standard* aziendale in un'ottica di trasparenza;
- una migliore informazione all'utenza sui momenti degli interventi chirurgici in corso. Previo consenso dell'interessato, i tempi degli interventi sono visualizzabili su monitor installati presso la sala di attesa del Trauma Center (14 sale operatorie) e disponibili anche su una App per Android e iOS;
- una miglior gestione delle richieste di informazioni provenienti dall'Autorità giudiziaria;
- la pubblicazione dei relativi dati sul sito "Amministrazione Trasparente"/Sezione Servizi erogati/Tempi medi dei servizi erogati/Liste d'attesa, ad oggi in corso di implementazione.

Si veda anche il Piano strategico pluriennale .

23.3 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, il 2018 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, lo stesso anno 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 Comunicazionecon la proposta di un Piano di Comunicazione per il 2019.

Lo sviluppo dell'Accoglienza si è indirizzato, nel corso del 2019, su alcuni aspetti:

- **Sviluppo della telefonia**: l'acquisizione degli strumenti (centralino e sistema di chiamata automatica) è diventata la base per poter gestire i rapporti con l'utenza secondo quanto definito a livello progettuale. Il *Call Center*, infatti, gestisce 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**: il Piano di Comunicazione è stato approntato nel rispetto del dettato normativo. Sono previste una serie di azioni finalizzate a introdurre in Azienda una visione più moderna della comunicazione interna, esterna e integrata. In particolare, le azioni principali sono:
  - L'aggiornamento del Sito internet e dell'area riservata (*intranet*) con un sistema di responsabilità ben definito;
  - il presidio degli eventi promossi dall'Azienda (meeting, convegni etc.)
- **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 è 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 cercando di ottenere più servizi.
- **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 sono state 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 è trattato di realizzare progetti già approvati nel 2018, sia rivedendo i layout degli spazi, sia introducendo i nuovi totem regolacoda; in altri, invece, le azioni saranno prevalentemente di tipo progettuale.

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

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

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

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

La tutela è prevista:

a) per qualsiasi disservizio, inteso come mancanza di efficacia-efficienza, che abbia negato o limitato la fruibilità delle prestazioni;

b) per qualsiasi violazione di leggi o regolamenti che disciplinino la fruizione dei servizi socio-sanitari;

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

23.5 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 Affari Generali 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 a una definizione (o comunque a una proposta) transattiva, viene elaborato un prospetto analitico descrittivo delle varie voci di danno con indicazione dettagliata degli importi richiesti(quando presenti) e liquidati/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 Affari Generali così come tutti i giustificativi di spesa che danno luogo al rimborso puntuale e analitico dei danni patrimoniali sostenuti.

24 INNOVAZIONE E SVILUPPO

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

L'intento aziendale è la riorganizzazione del processo di valutazione (sviluppato grazie al supporto del gruppo Lasth – Università degli Studi di Firenze), di richiesta di acquisto e monitoraggio delle tecnologie sanitarie, nonché la prosecuzione e il rafforzamentodel percorso di sviluppo di strumenti digitali di informazione e servizi a favore dell'utenza (*wi-fi free*, Totem, App per *smartphone* 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 (ITACA), 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 le 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* si è ravvisata 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 è stata inserita tra gli specifici progetti di miglioramento previsti in sviluppo nel corso del 2019 e la cui messa a regime èpianificata per gli anni 2020 e 2021.

24.1 Informazione Medico-scientifica

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

- garantire un'informazione adeguata, coerente e appropriata, diffusa a tutti gli operatori interessati, basata sulle evidenze e sulla trasparenza;
- regolare l'accesso in ambiti di diagnosi e cura in riferimento a effettive e documentate necessità con 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 Farmaceutica ospedaliera e politiche del farmaco, il Servizio Prevenzione e Protezione, la UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera e la UO 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).

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

25 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.

In 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 sul rispetto delle disposizioni legislative in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi previste dalla Legge n. 662/1996 da parte dei dipendenti, svolto dal Servizio Ispettivo Aziendale;
- 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' Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- 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 UO AQRM.

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

- il controllo delle ipotesi di conflitto di interessi sia per il personale dipendente sia per il personale universitario in afferenza assistenziale svolto dalla COVACI;
- il controllo sull'attività di informazione medico scientifica e *specialist* di prodotto gestito dalla UOc Farmaceutica ospedaliera e politiche del farmaco e UOc Igiene e organizzazione ospedaliera;
- il controllo sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione seguito dal RPCT e con gli organismi di supporto e la 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 e individuali, inerenti la politica di prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale da parte dei dipendenti inseriti nel PTPCT, ai fini della valutazione delle *performance*.
- L'**Ufficio Procedimenti Disciplinari** (UPD) che ha concorso all'aggiornamento del Codice di comportamento e ha preso in carico le segnalazioni del RPCT per la parte di competenza.

Nel corso del 2016, con l'istituzione della Commissione per la valutazione dei conflitti di interesse(COVACI), l'Azienda ha strutturato un controllo sulle attività dei professionisti che possono generare conflitti di interessi con le attività istituzionali. Per quanto concerne il controllo sulle incompatibilità e inconferibilità degli incarichi di Direttore Amministrativo e Sanitario, L'RPCT è coadiuvato dal Servizio Ispettivo Aziendale

Il RPCT 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.

Il controllo sulle ipotesi di riciclaggio e finanziamento del terrorismo viene svolto dal Gestore, individuato ai sensi di legge, in collaborazione con la UOc Contabilità Generale e Finanza e le strutture aziendali operanti come gestori di fabbisogno.

Con la finalità di transitare verso una logica di gestione della qualità per processi, è stata attivata la struttura "Controlli interni integrati" (provvedimento 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 , nel corso del 2019 ha:

- assicurato il funzionamento del Servizio Ispettivo Aziendale, sia per l'attività ordinaria sia per l'attività straordinaria;
- elaborato un'ipotesi di revisione delle regole di funzionamento del Servizio Ispettivo per adottare modalità operative di maggiore efficacia ispettiva;
- strutturato il Piano aziendale dei controlli interni – triennio 2019- 2021, approvato con provvedimento del Direttore Generale n. 18 del 14/1/2019 e periodicamente monitorato lo stato di avanzamento del piano attuativo di certificabilità aziendale, relazionandone agli organi interni ed esterni;
- avviato le attività di audit, delle quali ha individuato la metodologia di svolgimento ed elaborato gli strumenti per la produzione di evidenze e monitoraggi;
- individuato opportunità di miglioramento - in coerenza con gli obiettivi istituzionali, esitati in modifiche regolamentari – alcune tuttora in corso di formalizzazione - in tema di whistleblowing, di contrasto ai fenomeni di riciclaggio dei proventi di attività criminose e finanziamento del terrorismo;
- supportato e monitorato le azioni intraprese a seguito di rilievi/suggerimenti del Collegio Sindacale, assicurando, per n. 23 sedute del Collegio:

- esame dei rilievi/suggerimenti;
- verifica adeguatezza delle risposte dei dirigenti proponenti ai rilievi del Collegio;
- adozione misure correttive (es.: adeguamento dizioni per imputazione dei costi, per indicazione conti del personale, tipologia di atto ecc…);
- rendicontazione trimestrale, con reportistica, alla Direzione Amministrativa dell'esito del monitoraggio;

- svolto l'attività di verifica richiesta dalla Direzione (n. 14960/2018) su n. 870 testi di proposte di provvedimento del Direttore Generale, per favorire il superamento - ferma restando la responsabilità dei contenuti tecnici in capo al responsabile di procedimento e al dirigente proponente - di stili redazionali significativamente differenziati; su tale attività è stato effettuato monitoraggio e rendicontazione trimestrale.

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 l'RPCT sulla base di un programma annuale concordato.

26 IL PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA

Il D.Lgs. n. 97/2016 «*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*», ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini. Con lo stesso decreto è stato ulteriormente rafforzato il concetto di trasparenza delle pubbliche amministrazioni, che viene intesa come accessibilità totale a 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 e integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si evidenziano: 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.

Dal 2019 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 ed è stato pubblicato il registro degli accessi.

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.

26.1 Procedimento di attuazione del programma per la trasparenza 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 e Riferimenti individuati ivi individuati e della *Redazioneweb* per la pubblicazione dei dati sulla sezione "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 *web* 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'adempimento degli obblighi di pubblicità in materia di trasparenza, deve essere oggetto di monitoraggio da parte dei dirigenti responsabili e dei loro Referenti.

Il RPCT, coadiuvato dalla *Redazioneweb*, 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 *Redazioneweb* verificano e sollecitano i dirigenti eventualmente interessati al relativo adempimento e aggiornamento.

Lo stato di attuazione e aggiornamento del sito viene così periodicamente tenuto sotto controllo dal RPCT.

Viene inoltre pubblicata annualmente sul sito la griglia di attestazione relativa all'adempimento di alcuni obblighi di trasparenza, scelti a campione da ANAC,che viene vistata dall'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 (vedi in particolare delibera n. 10/2015).

I. Pubblicazione dei CIG

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

La UO Rapporti con ESTAR e progetti finanziati coordina l'attività tra i gestori ai fini dell'uniformità della pubblicazione dei dati.

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

La UO Direzione Operativa in collaborazione con le strutture Igiene e organizzazione ospedaliera, Monitoraggio Performances Sanitarie, Governo dei Percorsi Outpatient, secondo un calendario condiviso con la Direzione aziendale, sviluppa 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:

26.2.1 Liste di attesa chirurgiche

È prevista la pubblicazione semestrale (da ricondurre possibilmente a trimestrale) 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 non è stata ancora completata da parte delle strutture interessate, viene pertanto riproposta anche per il 2020.

26.2.2 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 (DGRT 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 (DGRT 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 (DGRT n. 476 del 2 maggio 2018 "*Azioni per il contenimento dei tempi d'attesa: introduzione della funzione di gestione operativa"* e DGRT 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 Delibera 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'AOU Careggi contribuisce all'offerta di prestazioni di **primo contatto** per i cittadini dell'AUSL Toscana Centro attraverso il sistema di prenotazione CUP Metropolitano (n. tel. ex 840 003 003, oggi 055 54 54 54). Come previsto dal "*Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa Ambulatoriali*" approvato con Provv. DG AOUC 471 del 3 luglio 2019 le caratteristiche dell'offerta prenotabile e le modalità di accesso e prenotazione di visite ed esami sono state adeguate ai Piani Nazionale e Regionale di Governo delle Liste di Attesa e pubblicizzate anche attraverso il sito web aziendale.

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

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

strumentali e di visite specialistiche, da parte dei medici e degli altri operatori dei servizi ambulatoriali aziendali.

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

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

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

A questo scopo è stato avviato ad agosto 2019 e completato lunedì 23 settembre l'intervento di **chiusura alla prenotazione interna di 110 agende di primo accesso esposte a CUP Metropolitano**. Queste agende, da allora, sono state precluse alla prenotazione da parte di operatori AOUC e rese prenotabili esclusivamente da operatori CUP-Met. In questo modo ogni prenotazione di prestazioni di primo accesso AOUC sarebbe stata arricchita del dato sul tempo di attesa relativo corrispondente alla prima disponibilità del sistema CUP-Met, contribuendo al miglioramento del tempo di attesa regionale.

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 DGRT 750/2018). La priorità clinica, in quanto espressione del grado di "urgenza" o "differibilità" della prestazione prescritta, è oggi utilizzata dal Sistema Sanitario Toscano per un numero sempre maggiore di prestazioni ed è espressa dal MMG/PLS o dallo Specialista in un apposito campo della prescrizione SSN (storicamente "ricetta rossa", oggi ordinariamente gestita con prescrizione dematerializzata). Il campo priorità, per le prestazioni di primo contatto, può assumere i valori (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 **Urgente** si pone come struttura di secondo livello a cui i MMG o gli specialisti territoriali indirizzano i pazienti attraverso agende a prenotazione diretta. Lo strumento maturato in Area Vasta Centro è stato il cosiddetto "*Fast Track*", riservato alla prenotazione da parte dei MMG di prestazioni appunto con livello di priorità U, attraverso un canale di prenotazione dedicato. 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.

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

Trasparenza - criteri di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali che riporta il Piano regionale, esplicita i concetti di primo accesso e successivi e evidenzia il significato delle classi di priorità, chiarisce il ruolo di Careggi nel partecipare alla programmazione e costituzione dell'offerta prenotabile dell'AV Centro.

Trasparenza - tempi medi di erogazione dei servizi, che reca l'elenco delle prestazioni monitorate e i rispettivi ambiti di garanzia, riporta per il 2018 i dati AOUC sui Tempi medi di attesa per le prime visite specialistiche e le prestazioni strumentali monitorate dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa e calcolati nel fine settimana con la collaborazione dell'ICT di ESTAR e riporta il sito dell'AUSL Toscana Centro e della Regione Toscana nei quali i cittadini potranno agevolmente consultare i tempi di attesa nei diversi ambiti territoriali della USL TC e negli altri ambiti di garanzia toscani.

26.2.3 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.

- 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: l'obiettivo prioritario è quello di soddisfare la domanda interna di presa in carico del paziente, sia ricoverato che ambulatoriale. Eventuali ulteriori contingenti di offerta – di cui solo una parte prenotabile tramite CUP MET - vengono resi disponibili all'utenza esterna, perché il Dipartimento dei Servizi privilegia l'attivazione di percorsi di prenotazione ambulatoriale diretta da parte degli Specialisti prescrittori, quale 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,semplificando l'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, in termini di omogeneità, equità, appropriatezza e tempistica. Tutto ciò 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 la prenotazione diretta da parte dello specialista richiedente che governa completamente l'iter del paziente e di conseguenza l'appropriatezza e la tempistica delle prestazioni da erogare: 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 l'iter suddetto, prevalentemente relativo a pazienti in *follow-up* di lungo periodo, che vengono presi in carico mediante l'accesso diretto al *Front Office* delle radiologie o tramite 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 aziendale (http://www.aou-careggi.toscana.it) e rilevabili direttamente dal gestionale utilizzato nei singoli laboratori, ovvero DNLAB.

26.3 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 in Azienda 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.

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", al fine 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 del2016 è stata la conclusione di tale percorso e ha rappresentato un momento di confronto tra professionisti aziendali e *stakeholder*. All'evento ha collaborato anche 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 2018si 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.

27 ALLEGATI AL PIANO

Gli allegati al Piano, che ne costituiscono parte integrante e sostanzialesono 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/Riferimenti;
5. Commissione per la valutazione dei conflitti di interessi (COVACI);
6. Report attività formativa.