



**Piano Integrato di
Attività e Organizzazione (PIAO)
2022-2024**

Indice generale

1.	Premessa.....	4
2.	Nota metodologica	8
3.	Scheda Anagrafica dell'Amministrazione.....	9
3.1.	Chi siamo	9
3.2.	Il territorio	11
3.3.	Organizzazione	12
4.	Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione.....	15
4.1.	Valore pubblico	15
4.1.1.	<i>L'accessibilità digitale.....</i>	<i>16</i>
4.1.2.	<i>L'accessibilità fisica.....</i>	<i>17</i>
4.1.3.	<i>Le procedure e i processi da reingegnerizzare.....</i>	<i>17</i>
4.2.	Performance.....	18
4.2.1.	<i>Performance strategica</i>	<i>20</i>
4.2.2.	<i>Performance organizzativa ed individuale</i>	<i>23</i>
4.3.	Anticorruzione e trasparenza	23
4.3.1.	<i>Premessa</i>	<i>23</i>
4.3.2.	<i>L'origine dell'anticorruzione in Italia</i>	<i>24</i>
4.3.3.	<i>Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)</i> <i>24</i>	<i>24</i>
4.3.4.	<i>La definizione di corruzione</i>	<i>25</i>
4.3.5.	<i>La definizione di trasparenza.....</i>	<i>25</i>
4.3.6.	<i>Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza</i>	<i>25</i>
5.	Organizzazione e Capitale Umano	28
5.1.	Struttura Organizzativa	28
5.2.	Organizzazione del Lavoro Agile.....	30
5.2.1.	<i>Introduzione.....</i>	<i>30</i>
5.2.2.	<i>Attività la cui esecuzione può essere svolta in smart working.</i>	<i>31</i>
5.2.3.	<i>Piano di attività di smart working</i>	<i>32</i>
5.2.4.	<i>Adesione allo smart working e accordo individuale di lavoro.....</i>	<i>33</i>
5.2.5.	<i>Telelavoro</i>	<i>34</i>
5.2.6.	<i>Co-working</i>	<i>36</i>
5.2.7.	<i>Conclusioni.....</i>	<i>36</i>
5.3.	Piano Triennale del Fabbisogno Di Personale	36
5.4.	Formazione del Personale	37
5.4.1.	<i>Il contesto aziendale</i>	<i>37</i>
5.4.2.	<i>La formazione continua</i>	<i>37</i>
5.4.3.	<i>Il Piano Annuale della Formazione</i>	<i>38</i>
5.4.4.	<i>Gli obiettivi formativi strategici e priorità aziendali.....</i>	<i>40</i>
5.4.5.	<i>Elementi di coerenza del PAF con le politiche aziendali di sviluppo delle risorse umane, innovazioni organizzative e tecnologiche</i>	<i>44</i>
5.5.	Politiche Aziendali per lo Sviluppo delle Risorse Umane	44

5.5.1.	<i>Innovazioni Organizzative Aziendali</i>	45
5.5.2.	<i>Innovazioni Tecnologiche Aziendali</i>	45
5.6.	Il percorso di pianificazione e monitoraggio del Piano Aziendale di Formazione	46
5.6.1.	<i>Strumenti quantitativi e qualitativi di verifica e monitoraggio del PAF</i>	47
5.6.2.	<i>Formazione a distanza</i>	50
5.6.3.	<i>Risorse finanziarie</i>	51
6.	Monitoraggio	52
7.	Fonti	53
	Normativa.....	53
	Sitografia.....	55
8.	Definizioni	56
9.	Elenco allegati	58

1. Premessa

Con il decreto legge n.80 del 9 giugno 2021 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), e per l’efficienza della giustizia” convertito, con modificazioni, dalla legge n. 113 del 6 agosto 2021, all’art. 6, è stata prevista l’adozione, da parte di tutte le pubbliche amministrazioni di cui all’art.1, c. 2, del d.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, con più di 50 dipendenti, di un Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), che riunisce in quest’unico atto tutta la programmazione, finora inserita in piani differenti come previsto dal CAPO IV della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22 e successive modificazioni. Difatti, con il PIAO, che ha durata triennale, ma è aggiornato annualmente “a scorrimento”, si vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi aspetti di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della l. 190/2012.

Il PIAO ricomprende e declina in modo integrato e coordinato:

- a) il Piano della Performance, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance dell’Azienda USL Toscana Centro, stabilendo il collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT), che è finalizzato alla piena trasparenza dei risultati dell’attività e dell’organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall’ANAC con il Piano Nazionale Anticorruzione;
- c) il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), che stabilisce le modalità di svolgimento del lavoro agile quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, ed in particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP) che, compatibilmente con le risorse finanziarie ad esso riconducibili, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse;
- e) il Programma di Formazione e aggiornamento, che individua gli obiettivi formativi annuali;
- f) il Piano delle Azioni Positive (PAP), documento triennale obbligatorio, che dà attuazione alle disposizioni contenute nel d.lgs. 11 aprile 2006 n. 198 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell’art. 6 della L.28 novembre 2005, n. 246” e contiene le iniziative programmate volte alla rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del *project management*, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

La norma prevedeva altresì che entro il 31 marzo 2022, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, adottati ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della Legge 23 agosto 1988, n. 400, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del D.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, fossero individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal PIAO. Entro il medesimo termine, con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del D.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, era inoltre prevista l'adozione di un Piano tipo, quale strumento di supporto alle amministrazioni.

In sede di prima applicazione il Piano è adottato con proroga entro il 30 giugno 2022.

In questo quadro normativo di riferimento, il Consiglio di Stato è intervenuto nell'Adunanza del 24 maggio 2022, al fine di fornire il proprio parere rispetto allo "Schema di decreto del Ministro per la pubblica amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione, di cui all'articolo 6, comma 6, del decreto-Legge 9 giugno 2021, n.80, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113."

Il parere del Consiglio di Stato è favorevole ma mette in evidenza alcuni aspetti. La Sezione rileva infatti che non appare fugato il rischio che il PIAO si risolva in una giustapposizione di Piani, quasi a definirsi come un ulteriore adempimento. Nelle disposizioni, volte a definire i contenuti del PIAO, sulla scorta di quanto indicato nell'art. 6, comma 2, del D.L. n. 80 del 2021, si riflettono infatti perduranti differenze fra i Piani destinati ad essere assorbiti in questo nuovo strumento. Le sezioni e le sottosezioni del PIAO, secondo il Consiglio di Stato, rinviando infatti, espressamente, a soggetti diversi quanto a predisposizione e a monitoraggio oltre ad alludere a effetti diversi. Ciò si evince, fra le altre, dalle indicazioni offerte nell'art. 3, comma 1, lett. c) dello schema di decreto, dove, con peculiare riferimento alla sottosezione "rischi corruttivi e trasparenza", si precisa che essa dovrà essere predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della Legge 190/2012, aggiungendo che ne sono elementi essenziali quelli indicati nel Piano nazionale anticorruzione e negli atti di regolazione generale adottati dall'ANAC ai sensi della stessa Legge del 2012 nonché del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (c.d. Decreto trasparenza).

Lo stesso dicasi per l'art. 4 dello schema di decreto dove, al comma 1, lett. b), con riferimento alla sottosezione "Organizzazione del lavoro agile", se ne richiede la necessaria coerenza con le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica oltre che con gli istituti del lavoro agile stabiliti dalla Contrattazione collettiva nazionale.

Anche la sezione "Monitoraggio", di cui all'art. 5, rinvia a strumenti e modalità differenti a seconda delle sezioni o sottosezioni. In particolare, il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico e Performance" si dispone avvenga secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b), del D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, ossia con l'intervento degli OIV e sulla base della relazione sulla performance, la cui previsione non è, infatti, toccata dalle abrogazioni disposte dallo schema di regolamento. Il monitoraggio della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" si stabilisce avvenga secondo le indicazioni di ANAC, mentre per la Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance si vuole effettuato su base triennale dall'OIV o dal Nucleo di valutazione, ai sensi dell'articolo 147 del D.lgs. 18 agosto 2000, n. 267.

Un insieme di disposizioni, che, in questi loro rinvii ai differenti contesti normativi di riferimento dei differenti Piani, appaiono secondo il Consiglio di Stato ancora disomogenee e non armonizzate, e accrescono dunque l'eventualità che il PIAO possa andare a costituire, in concreto, *"un adempimento formale aggiuntivo entro il quale i precedenti Piani vanno semplicemente a giustapporsi, mantenendo sostanzialmente intatte, salvo qualche piccola riduzione, le diverse modalità di redazione (compresa la separazione tra i diversi responsabili) e sovrapponendo l'ulteriore onere – layer, appunto – di ricomporli nel più generale PIAO"*.

La Sezione, emettendo parere favorevole rispetto a quanto sottoposto al suo esame, rinnova la propria raccomandazione per un approccio graduale all'innovazione rappresentata dall'introduzione del PIAO, nella consapevolezza dei "costi" e dei "tempi" necessari alla costruzione di ambienti e di sistemi capaci di riconoscerlo.

Rappresentata la genesi, la normativa e lo stato attuale del PIAO, nel mese di giugno, in considerazione della già avvenuta approvazione degli strumenti programmatori che saranno abrogati da quest'ultimo, l'Azienda USL Toscana Centro presenta quest'anno una prima versione in cui, a una sintesi per capitoli presente nel testo del documento, si affiancano in modo integrale in allegato i singoli strumenti programmatori.

Nelle more delle prossime indicazioni in materia di PIAO e in un'ottica di massima semplificazione e integrazione degli atti programmatori, questa Azienda Sanitaria si impegnerà a innovare l'impianto integrativo con una visione metodologica più moderna e conforme alle future indicazioni di un eventuale processo di delegificazione che si potrebbe sviluppare parallelamente all'iter normativo che introduce il documento interessato.

Ferme restando le premesse, nel capitolo successivo "nota metodologica", si descrive a grandi linee come si intende procedere, a regime, nella costruzione e gestione del Piano Integrato.

2. Nota metodologica

La predisposizione del PIAO nelle future edizioni avverrà con i seguenti passaggi che valorizzano la massima integrazione:

- Definizione di linee strategiche di indirizzo e vincoli da parte della Direzione Aziendale (Generale, Sanitaria e Amministrativa) nel rispetto di quanto definito dalle norme ed indirizzi nazionali e regionali.
- Discussione delle linee strategiche nel Comitato di Partecipazione aziendale che le arricchirà con gli aspetti di interesse della cittadinanza e delle associazioni, con particolare riferimento ai temi dell'accoglienza, informazione, pubblica tutela, soddisfazione, sostenibilità, umanizzazione e miglioramento della qualità dei servizi forniti dall'Azienda. In questa fase si prevede l'allargamento della discussione delle linee strategiche anche alle Società della Salute e alle associazioni che operano in convenzione con l'Azienda.
- Presentazione delle linee strategiche a gruppi di professionisti e conseguente definizione di obiettivi specifici ed azioni per il loro conseguimento, tenendo conto dei vincoli della Direzione Aziendale e delle richieste degli stakeholder individuati.
- Definizione di un piano del fabbisogno di risorse umane, tecnologiche e strutturali necessarie alla realizzazione delle azioni per il conseguimento degli obiettivi specifici individuati. Tra le risorse sono comprese anche le conoscenze e competenze del personale che possono essere incrementate tramite la formazione. Il Piano Annuale della Formazione deve quindi tener conto dei bisogni formativi derivanti dalla necessità di perseguire gli obiettivi individuati.
- Coordinamento e integrazione con la Struttura Anticorruzione e Trasparenza affinché le azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi individuati ai punti precedenti siano attuate nella massima garanzia.

La responsabilità della stesura annuale del PIAO e del suo monitoraggio è della Direzione Strategica Aziendale che tramite gli staff della Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa coordina e governa il processo.

3. Scheda Anagrafica dell'Amministrazione

3.1. Chi siamo

L'Azienda USL Toscana Centro è nata il 1° gennaio 2016 dall'unificazione delle Aziende Sanitarie Locali 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze e 11 di Empoli, ai sensi della Legge regionale Toscana n. 84 del 28 dicembre 2015 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005."

L'Azienda USL Toscana Centro è un Ente senza fini di lucro, dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, organizzativa e contabile, facente parte del Servizio Sanitario della Regione Toscana, avente la finalità di assicurare nel proprio territorio di riferimento, coincidente con l'Area Vasta Centro, la tutela e la promozione della salute della popolazione, in conformità alla normativa ed ai livelli di assistenza nazionali e regionali, nonché agli obiettivi stabiliti dalla Regione.

L'Azienda ha sede legale in Firenze, Piazza Santa Maria Nuova n. 1.

Ai sensi dell'art. 35 della l.r.t. n.40/2005, gli Organi dell'AUSL Toscana Centro sono: il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

I dipendenti al 31 dicembre 2021 sono 15.458, di cui 164 responsabili di struttura semplice, 44 responsabili di struttura semplice dipartimentale e 204 responsabili di strutture complesse (vedere tabella nella pagina successiva).

Il personale dipendente della Azienda ULS Toscana Centro al 31/12/2021.

Personale al 31/12/2021	Unità	Di cui resp. di struttura semplice	Di cui resp. di Struttura Semplice Dipartimentale	Di cui resp. di Struttura Complessa
Infermiere	5.912	-	-	-
Medico	2.550	130	37	144
Operatore Socio Sanitario e Operatore Tecnico Addetto all'assistenza	1.909	-	-	-
Personale Ruolo Amministrativo	1.360	-	-	-
Operatore Tecnico	527	-	-	-
Ostetrica	390	-	-	-
Tecnico prevenzione Ambiente e Luoghi di lavoro	372	-	-	-
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	362	-	-	-
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	356	-	-	-
Personale Ruolo Tecnico	278	-	-	-
Fisioterapista	263	-	-	-
Assistente Sociale	201	-	-	-
Educatore Professionale	167	-	-	-
Assistente Sanitario	115	-	-	-
Psicologo	112	6	-	2
Farmacista	72	10	3	3
Logopedista	72	-	-	-
Veterinario	59	-	-	5
Personale Ruolo Sanitario – Altro	57	-	-	-
Biologo	51	6	1	1
Dietista	38	-	-	-
Dir. Prof. San. Infermieristiche, Ostetrica, Tecnici Riabilitazione e Prevenzione	34	3	-	12
Ingegnere	34	2	-	14
Dirigente Amministrativo	32	3	3	19
Tecnico neuro fisiopatologia	29	-	-	-
Tecnico delle neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva	19	-	-	-
Fisico	18	-	-	2
Ortottista Assistente Oftalmologia e Ottico	15	-	-	-
Tecnico della Riabilitazione psichiatrica	15	-	-	-
Chimico	8	1	-	-
Tecnico Audiometrista	7	-	-	-
Podologo	6	-	-	-
Odontoiatra	4	1	-	-
Odontotecnico	3	-	-	-
Architetto	2	-	-	-
Dirigente Assistente Sociale	2	2	-	-
Avvocato	2	-	-	1
Tecnico Ortopedico	2	-	-	-
Sociologo	1	-	-	-
Statistico	1	-	-	1
Terapista Occupazionale	1	-	-	-
Totale	15.458	164	44	204

3.2. Il territorio

L’AUSL Toscana Centro (AUSL TC) è l’Azienda con la più alta densità abitativa, oltre 1,6 milioni di cittadini in 5.000 Km²; la maggioranza della popolazione vive in comuni urbani, in particolare quelli dell’asse residenziale di Firenze, Prato e Pistoia. I comuni dell’AUTC sono 73, ovvero tutti i comuni della città metropolitana di Firenze, delle provincie di Prato e Pistoia oltre a 4 comuni della Provincia di Pisa. Il territorio è suddiviso in 4 otto Zone-Distretto ed informalmente in 4 Aree o Ambiti Territoriali (AT), coincidenti con i territori delle 4 ex ASL dalla cui unione è sorta l’AUSL TC.

La densità di popolazione varia notevolmente fra le otto Zone-Distretto. È massima nella piana tra Firenze, Prato e Pistoia, e minima nel Mugello e; tale gradiente,

Le otto zone-distretto



in parte, contribuisce alle differenze territoriali in termini di stili di vita, esposizioni ambientali, profili economici e sociali. L’Area Territoriale Pistoiese coincide con la provincia di Pistoia e comprende nove comuni della Zona-Distretto Pistoiese e undici di quella della Valdinievole. Nella zona-distretto Pistoiese circa la metà della popolazione vive nel Comune di Pistoia; i comuni della Piana pistoiese, a sud, sono in continuità dell’asse metropolitano fiorentino e pratese, mentre a nord vi sono i Comuni con le caratteristiche delle aree montane.

L’AT Pratese coincide con la Zona-Distretto Pratese e con la provincia di Prato, dove si registra la densità abitativa più alta della Toscana e tra le più elevate in Italia. L’AT Fiorentino coincide con il territorio della Provincia di Firenze con esclusione degli undici comuni

del comprensorio Empolese Valdelsa ed include quattro Zone-Distretto: Fiorentina, con il solo Comune capoluogo, Fiorentina Nord Ovest, con i 7 comuni della cintura metropolitana, con esclusione di Vaglia, tutti i comuni sono collocati nella piana fiorentina, Fiorentina Sud Est con prevalente carattere collinare, comprende il comune collinare di Fiesole, i comuni di Greve in Chianti, Impruneta e quelli della Val di Pesa, San Casciano, Tavarnelle e Barberino Val d’Elsa ed i comuni del Valdarno superiore (Figline e Incisa, Reggello e Rignano sull’Arno). La Zona-Distretto Mugello è geograficamente costituita da una larga conca circondata da colline e aree montuose appenniniche, con oltre il 70% di territorio boschivo, ha la più bassa densità abitativa dell’AUSL TC e tutti i suoi otto Comuni sono classificati come totalmente montani. L’AT Empolese, coincidente con la Zona-Distretto Empolese comprende undici comuni della Provincia di Firenze e quattro comuni pisani.

La complessità e la dimensione territoriale di Area Vasta Centro rafforzano la necessità di perseguire l’obiettivo di rendere omogenea ed equamente accessibile l’offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e

coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, sempre attenta alle peculiarità e alle problematiche locali.

Tabella 1. Caratteristiche del Territorio e Reddito delle zone socio-distretto dell'AUSL TC. Fonte: ISTAT Popolazione Residente e Ministero dell'Economia e delle Finanze anno 2019.

Zona sociosanitaria o Società della Salute e AUSL	Superficie (Km ²)	Densità popolazione (Ab/Km ²)	Popolazione in comuni montani (%)	Reddito € imponibile medio 2019
Pistoiese	699	247	8,4	20.176
Val di Nievole	265	453	0,0	18.992
Pratese	365	706	3,6	20.657
Empolese Valdelsa Valdarno	933	260	0,0	20.840
Fiorentina	102	3.636	0,0	25.734
Fiorentina Nordovest	333	630	2,5	21.946
Fiorentina Sudest	1.212	152	5,5	22.754
Mugello	1.131	56	100,0	20.437
AUSL Toscana Centro	5.041	322	6,4	22.078
AUSL Nord Ovest	6.389	199	14,2	21.100
AUSL Sud Est	11.557	72	17,2	20.341
<i>Regione Toscana</i>	<i>22.987</i>	<i>162</i>	<i>11,4</i>	<i>21.357</i>

3.3. Organizzazione

L'Azienda USL Toscana Centro si propone di realizzare e gestire una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione ed una rete di servizi socio-sanitari in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare. In considerazione della molto ampia dimensione territoriale dell'Azienda, la sfida principale è rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, mantenendo alta l'attenzione alle peculiarità e alle problematiche locali.

Le funzioni operative svolte all'interno dell'Azienda USL Toscana Centro sono state attribuite alle strutture organizzative, secondo le loro assegnazioni all'interno delle aggregazioni dipartimentali, cui sono assegnate le risorse e sono gestite sulla base della programmazione aziendale. L'organizzazione interna è stata articolata in: Dipartimenti, Strutture Operative Complesse e semplici (anche a valenza dipartimentale), Sezioni ed Uffici (per attività sanitarie e tecnico-amministrative rispettivamente), Programmi e Incarichi Professionali.

Il Dipartimento rappresenta lo strumento organizzativo ordinario di gestione, garante della funzione di governo clinico dei percorsi assistenziali e della tutela della salute collettiva. Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa di coordinamento a valenza aziendale, sovra ordinata rispetto alle Strutture Organizzative ed è costituito da Strutture omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità, tra loro indipendenti, mantenendo la propria autonomia e responsabilità riguardo agli aspetti clinico assistenziali e/o di supporto ai tali percorsi. Aggrega una pluralità di risorse professionali ed articolazioni funzionali integrate,

a garanzia della gestione unitaria ed orientata ai processi ed all'integrazione delle competenze coinvolte. Promuove lo sviluppo delle strategie di governo ad ogni livello organizzativo e professionale attraverso un ampio coinvolgimento ed un'esplicita responsabilizzazione di tutti gli operatori, finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi e del rendimento delle risorse disponibili. È il modulo ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali, sia di tipo tecnico amministrativo sia di tipo professionale sanitario e sociosanitario, con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa finanziaria e di governo clinico. Esso presenta una dimensione minima di almeno tre strutture organizzative complesse. I Dipartimenti agiscono in accordo e sinergia su mandato della Direzione, occupandosi di indirizzare le attività delle strutture afferenti, orientandole verso il raggiungimento degli obiettivi concordati, hanno quindi carattere tecnico-professionale e responsabilità gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione ed utilizzo delle risorse assegnate.

La complessità dei Dipartimenti in termini di trasversalità delle funzioni, ambiti di responsabilità, numero di strutture, risorse gestite e volumi di attività, ha comportato la necessità di istituire Aree funzionali omogenee, finalizzate alla migliore organizzazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali. Le Aree dipartimentali sono pertanto costituite da più Strutture Organizzative omogenee, raggruppate con particolare riferimento all'affinità di patologie, di casistiche o di attività, alla specialità dell'organo, apparato o distretto anatomico ovvero raggruppate per il criterio dell'intensità o della rapidità della cura o per specifici ambiti di responsabilità legata a complessità e innovazione tecnologica.

La Struttura Organizzativa rappresenta infine un'articolazione dell'AUTC che aggrega risorse e competenze professionali al fine di assicurare definite funzioni che possono essere di diversa natura: produzione di prestazioni sanitarie assistenziali, amministrative, di programmazione, di controllo.

La Zona Distretto è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate (art. 64, comma 1 L.R. 40/2005 e ss.mm.ii.).

Tutte le Zone Distretto dell'Azienda UsI Toscana Centro hanno costituito la Società della Salute (SdS) ai sensi degli artt. 71 bis e seguenti della L.R.40/2005 e ss.mm.ii. Istituite in Toscana nel 2008, le SdS sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'Azienda USL territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate. Le Società della salute, integrando i servizi e le attività di Comuni e Aziende sanitarie, lavorano per offrire alle persone risposte unitarie ai bisogni sociosanitari e sociali e diventano l'interlocutore privilegiato e la porta di accesso ai servizi territoriali. Il Direttore SdS coincide con il Direttore di Zona.

L'erogazione dei servizi sanitari territoriali di Zona Distretto avviene attraverso le Unità Funzionali (UF), che operano secondo il criterio dell'integrazione degli interventi, per dare una risposta globale alle situazioni di bisogno. Nelle SdS il Direttore assicura il coordinamento fra le UF dell'Azienda UsI e quelle istituite nelle SdS (art. 66 comma 4 bis), evitando comunque duplicazioni.

Dal punto di vista organizzativo le Zone Distretto/Società della Salute, in una logica matriciale, rappresentano il punto di intersezione tra i Dipartimenti Aziendali, attraverso l'ufficio di direzione zonale, le unità funzionali, e il territorio, e garantiscono il coordinamento con gli enti locali e l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Nell'anno 2022 è previsto l'avvio della "gestione diretta" da parte delle SdS secondo quanto stabilito dalla L.R. 40/2005 e ss.mm.ii. e dal PSSIR 2018-2020.

Tutte le SdS sono tenute ad approvare i Piano Operativi Annuali per l'anno 2022 (POA 2022) entro il 28/02/2022, secondo le procedure e le modalità previste dalla L.R. 40/2005 e ss.mm.ii. e dalle DGR sopra citate. L'Azienda UsI Toscana Centro, che nella sua organizzazione incrocia in una logica a matrice i Dipartimenti, professionali e gestionali, e le otto Società della Salute, ha elaborato un modello di lavoro innovativo con la costituzione di un gruppo di lavoro, denominato "Ufficio di piano Aziendale" (Deliberazioni aziendali 1575/2018 e 1635/2019) al fine di supportare gli Uffici di Piano delle SdS nella predisposizione dei PIS e dei POA con riferimento agli ambiti di programmazione "comuni" a tutti gli ambiti territoriali della Toscana Centro, per i quali è necessario rapportarsi con i numerosi Dipartimenti aziendali coinvolti dalla programmazione territoriale.

Il Piano della Performance dell'Azienda USL Toscana Centro è strettamente legato alla programmazione territoriale: in base alla normativa regionale, infatti, i PIS e i POA zonali vanno a costituire la programmazione aziendale con riferimento ai servizi territoriali, sanitari, socio-sanitari e sociali integrati (art. 22 comma 5, LR 40/2005 e ss.mm.ii.).

4. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

4.1. Valore pubblico

L'Azienda USL Toscana Centro è una azienda pubblica di carattere sanitario e socio-sanitario, senza finalità di lucro la cui funzione è garantire la tutela della salute come diritto di cittadinanza e la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini, espressi in forma individuale o collettiva, attraverso promozione della salute, interventi appropriati di prevenzione, cura e riabilitazione. Eredita e sviluppa la positiva esperienza delle Aziende di Empoli, Firenze, Pistoia e Prato, al servizio di tutte le persone e a tutela della loro salute, impegnandosi con passione e responsabilità per assicurare e migliorare la qualità di vita e il benessere individuale dei suoi assistiti, mediante un'offerta assistenziale globale, personalizzata, sicura e basata sulle evidenze. Ha, come costituente essenziale, le qualità umane, morali e tecniche dei suoi professionisti, con una costante tensione verso la valorizzazione delle eccellenze già sviluppate all'interno delle singole preesistenti Aziende Sanitarie e ricondotte, come standard, nella sua dimensione organizzativa.

Vengono garantiti i livelli essenziali di assistenza anche consolidando l'integrazione fra assistenza territoriale e specialistica in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse. Attraverso la partecipazione degli Enti locali, delle forme sociali impegnate nel campo dell'assistenza (terzo settore), delle Associazioni degli utenti e delle Organizzazioni Sindacali dei lavoratori, persegue e vuole favorire lo sviluppo omogeneo e sostenibile del sistema sanitario. In particolare sostiene il coinvolgimento dei cittadini, dei pazienti e dei loro familiari nelle decisioni sulla salute sia a livello individuale sia collettivo. L'AUSL TC individua negli operatori e nel loro patrimonio professionale la principale risorsa su cui basare l'eticità, l'accoglienza, l'umanizzazione ed un approccio olistico alla cura. I principi fondanti sono:

- centralità del cittadino-utente come riferimento su cui orientare le scelte e la definizione delle priorità di intervento;
- tutela delle fragilità e rispetto delle diversità attraverso la costante lettura delle necessità e specificità dell'individuo da parte di chi opera in Azienda;
- importanza del patrimonio professionale come elemento di crescita culturale e professionale a garanzia dei percorsi assistenziali realizzati con l'apporto fondamentale delle Associazioni del Volontariato;
- confronto con la comunità e le istituzioni per la ricerca di soluzioni per una sanità condivisa e responsabile;
- innovazione come sviluppo professionale, gestionale e tecnologico per sostenere i mutamenti di contesto;
- formazione e informazione come elemento di progresso professionale e culturale per assicurare l'empowerment del paziente per il miglioramento dell'attività clinico – assistenziale;
- qualità, rischio clinico e della sicurezza dell'ambiente di lavoro nel rispetto della normativa vigente come impegno attivo attraverso l'analisi delle condizioni organizzative;
- rispetto dell'ambiente per migliorare i livelli di salute attraverso l'eliminazione e/o riduzione dell'impatto ambientale che le attività dell'Azienda e delle ditte che hanno rapporti con essa possono generare.

L'AUSL TC garantisce le pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico. A tal fine favorisce l'attivazione di strumenti atti a verificare, monitorare e risolvere le problematiche connesse alla corretta realizzazione delle pari opportunità aziendali, tramite l'istituzione del Comitato Unico di Garanzia aziendale (CUG). Il CUG contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico con l'obiettivo di migliorare l'efficienza delle prestazioni garantendo, nel contempo, un ambiente di lavoro caratterizzato da rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica.

Il Comitato promuove la cultura delle pari opportunità e il rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, attraverso l'esercizio di compiti propositivi, consultivi e di verifica nell'ambito delle competenze che la legge, i contratti collettivi e le altre disposizioni, stabiliscono.

4.1.1. L'accessibilità digitale

Per quanto riguarda le politiche di sviluppo e gestione dell'innovazione digitale, l'Azienda è inserita in un contesto caratterizzato da una forte regia regionale e con gestione tecnica delegata all'azienda ESTAR. Pertanto le azioni ed i progetti volti ad assicurare l'accessibilità digitale - ossia assicurare la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità o dell'età (ultrasessantacinquenni) necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari - sono intraprese a livello regionale e generalmente coinvolgono la nostra azienda nelle fasi esecutive.

L'accesso ai servizi online e ad accesso semplificato, trasparente, viene assicurato dalla App "*Toscana Salute*", che rende disponibili in un unico punto di accesso numerosi servizi erogati attraverso differenti Piattaforme Regionali.

La App supporta l'accesso ai seguenti servizi:

- FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), dove il cittadino/assistito può consultare i propri referti di laboratorio e di radiologia, le prescrizioni di farmaci o prestazioni specialistiche, le vaccinazioni e altra documentazione sanitaria.
- Anagrafe Sanitaria, dove il cittadino/assistito può operare la scelta e revoca del medico di base o del pediatra per i bambini, consultare le esenzioni per patologia, autocertificare l'esenzione per reddito, avere l'attestato di esenzione.
- Prenotazioni e pagamenti, dove il cittadino/assistito può operare prenotazioni di prestazioni ambulatoriali sul CUP 2.0, effettuare il pagamento del ticket tramite IUV oppure pagamenti di posizioni debitorie, prenotare analisi del sangue.
- Percorsi specifici, in particolare: il "*Borsellino elettronico per celiaci*" che permette di ritirare presso grande distribuzione, farmacie pubbliche e private i prodotti necessari in funzione del budget assegnato su base mensile e "*Happymamma*", che permette di gestire tutti gli esami e il percorso nascita alle neo-mamme.

4.1.2. L'accessibilità fisica

Iniziativa di particolare importanza riguarda l'attuazione del Progetto regionale PASS, approvato con deliberazione GRT 666/2017 e supportato da un apposito sistema informativo (vedi recente deliberazione GRT 401/2022).

Si tratta di un progetto riguardante i più importanti ospedali regionali che prevede un apposito percorso assistenziale per soggetti con bisogni speciali, in particolare per le persone con disabilità, al fine di favorire un equo accesso ai servizi sanitari in regime ambulatoriale, di ricovero e di emergenza/urgenza. Il percorso si rivolge alle persone con disabilità di vario tipo, che presentano bisogni speciali e devono accedere alle prestazioni del sistema sanitario. Vengono quindi individuati i particolari bisogni di ciascun soggetto, che dovrà registrarsi in un apposito portale regionale, affinché siano adottate idonee soluzioni e venga facilitato l'accesso alle prestazioni. Negli ospedali che aderiscono al PASS è presente una équipe adeguatamente formata che provvede a definire e personalizzare il percorso assistenziale.

4.1.3. Le procedure e i processi da reingegnerizzare

In questo primo PIAO si elencano una serie di procedure e processi strategici che si intende rivedere: non tutto sarà affrontato nel corso del primo anno, si intende fornire tuttavia una visione sulle priorità dei prossimi anni.

- 1) Creazione di valore aziendale con la **reingegnerizzazione del processo di budget** quale principale sistema di governo aziendale. Si procederà pertanto a ridisegnare le varie fasi del processo: definizione, attribuzione, monitoraggio, misurazione e valutazione degli obiettivi di budget dell'azienda, attraverso:
 - i. l'informatizzazione della costruzione, diffusione e sottoscrizione della scheda di budget e dei relativi indicatori;
 - ii. la messa a disposizione di cruscotti aziendali di monitoraggio, accessibili dalle singole Strutture.
- 2) Processo di creazione di valore di sistema attraverso percorsi di **team-building e di coaching** rivolti ai Direttori di struttura semplice e complessa per la gestione del cambiamento e dell'innovazione organizzativa. Parte del processo di creazione di valore sarà l'introduzione del principio della **accountability** clinica, anche attraverso l'introduzione di un sistema di deleghe strutturato per le attività cliniche e sanitarie.
- 3) Revisione del sistema aziendale di **governance dei processi clinici** che preveda il monitoraggio degli esiti e delle performance organizzative per mezzo della misurazione dell'allineamento tra pratica codificata (PDTAS) e pratica clinica reale, attraverso la costruzione di indicatori specifici derivanti dai dati della cartella clinica informatizzata.
- 4) Adeguamento dei processi dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base dell'organizzazione e degli standard di cui al **DM 77/2022**, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Component 1 del PNRR, tenendo conto delle norme e indicazioni regionali.
- 5) **Processi di cura oncologica** attraverso alta integrazione tra chirurghi, oncologi, farmacisti, medici radioterapisti, anatomopatologi e le altre figure professionali coinvolte nel processo di cura e assistenza attraverso un approccio multiprofessionale/multidisciplinare e ulteriore valorizzazione dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari. Per portare a compimento l'integrazione delle cure è necessario attivare in azienda almeno due Unità Farmaci Antiblastici (UFA), integrate nella rete oncologica. Per

garantire la disponibilità e la circolarità delle informazioni cliniche in tutti i reparti e servizi oncologici è necessario finalizzare l'integrazione orizzontale degli asset verticali già informatizzati: cartella clinica, diagnostica di laboratorio, farmaceutica, fascicolo sanitario.

- 6) Revisione del sistema di controllo di gestione con la costruzione di una serie di **meccanismi a gate per il controllo della spesa** in modo da impedire il consolidamento a consuntivo di spese non programmate. Si prevede anche lo sviluppo di una sistema di contabilità che, attraverso la revisione dei **centri di costo**, arrivi al dettaglio delle strutture organizzative, superando il concetto di setting di cura in favore di quello di struttura professionale di erogazione, anche attraverso lo sviluppo di **costi standard**.
- 7) Processi di fruizione e prossimità digitale per mezzo dell'adesione estesa e l'integrazione con i **progetti regionali di digitalizzazione** quali l'App "*Toscana Salute*", il *Borsellino elettronico per celiaci*, il *progetto Happymamma*.

4.2. Performance

Il Piano della Performance si attua in un'ottica di processi programmatori del PIAO inserendosi nella corrente sottosezione e interagendo in un contesto organizzativo aziendale, nel rispetto dei principi generali espressi dallo Statuto e dalla missione istituzionale, unitamente alla programmazione economica, attuando la visione strategica per il triennio 2022 – 2024. La pianificazione triennale delle performance guiderà l'Azienda USL Toscana Centro nel prossimo triennio e trae origine dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale (PSSIR), tenuto conto degli obiettivi di performance assegnati dalla Regione Toscana tramite il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Sant'Anna di Pisa.

Nella redazione del piano delle performance triennale si è tenuto in particolare conto:

- delle previsioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- della decisione n.36 del 20/12/2021 della Giunta regionale toscana con oggetto "PNRR – Missione 6 Salute – Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" - esiti lavoro di programmazione"
- della DGRT 1166 del 08/11/2021 "Indirizzi per la programmazione operativa annuale zonale (POA) per l'anno 2022 e tempistiche di approvazione".
- della DGRT 843 del 02/08/2021 "Percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente"
- della DGRT 760 del 30/07/2021 "Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 - componente 2 - misura 1.2 «Verso un ospedale sicuro e sostenibile»: individuazione del piano dei fabbisogni per interventi di edilizia sanitaria di adeguamento sismico"
- del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, coordinato con la legge di conversione 6 agosto 2021, n. 113, recante: «Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia.», con particolare riferimento all'Art. 6. "Piano integrato di attività e organizzazione";

- degli sviluppi organizzativi conseguenti a quanto riportato nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 (PSSIR);
- delle previsioni del documento di Agenas “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”;
- del Programma Operativo Attuativo Annuale (POAA) della Azienda USL Toscana Centro (Delibera del Direttore Generale n.515/2017).

Nella fattispecie del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sono stati considerati i punti contenenti specifiche e innovative politiche dedicate alla sanità, ai servizi sociali e sociosanitari:

- Missione 5, Componente 2 – Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore:
Rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità
- Missione 5, Componente 3 – Interventi speciali per la coesione territoriale:
Rafforzamento della Strategia nazionale per le aree interne, attraverso misure a supporto del miglioramento dei livelli e della qualità dei servizi scolastici, sanitari e sociali
- Missione 6 Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale:
Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l’emergenza pandemica.
Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio
Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell’assistenza domiciliare
- Missione 6 Componente 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale:
Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un’evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni.

4.2.1. Performance strategica

La pianificazione che guiderà l'azienda nel prossimo triennio trae origine dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale e tiene conto degli obiettivi di performance assegnati dalla Regione tramite il Laboratorio Management e sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa.

Il processo di pianificazione si fonda su principi che si propongono di rendere l'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie ancora più forte e ancora più operativa. Attraverso l'analisi prospettica dei dati epidemiologici si intende creare una stabile continuità tra la parte della rete ospedaliera e quella della rete territoriale, includendo la tematica della prevenzione in tutti gli obiettivi di piano. Le linee guida, adeguatamente verificate da un punto di vista metodologico, saranno trasformate in percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e sociali (PDTAS), non essendo più sostenibile la divergenza degli interventi sanitari da quelli sociali. Alla luce delle evidenze, degli aspetti normativi, del PSSIR e dalle risultanti delle indagini di percezione dell'esperienza e dalla percezione e degli esiti delle cure, l'Azienda si propone di tutelare il tempo disponibile per la professione rispetto a quello per le esigenze amministrative, così come la digitalizzazione deve divenire strutturale ed in funzione alla salute, la cui salvaguardia è missione dell'azienda. La relazione fra professionista sanitario e paziente sarà focalizzata sull'intervento di cura ed entrambi saranno soggetti attivi e cooperativi nello scegliere sempre gli esami diagnostici, i trattamenti e gli interventi secondo le conoscenze scientifiche disponibili.

L'azienda persegue l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico con l'obiettivo di migliorare l'efficienza delle prestazioni garantendo, nel contempo, un ambiente di lavoro caratterizzato da rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica.

1. La prossimità fisica e digitale come valore di sistema rivolto alla centralità della persona.

Le traiettorie internazionali sono tutte indirizzate a rafforzare i sistemi sanitari centrati sulle persone, responsabilizzare i cittadini, investire su professionisti e operatori, rafforzare il rapporto con le Comunità. La prospettiva è dunque la collaborazione tra istituzioni, professionisti sanitari e sociali con le persone assistite, le loro famiglie, i care giver, i cittadini e le loro associazioni per la presa in carico adeguata delle persone assistite e per aumentare la qualità delle prestazioni degli ospedali e dei servizi sanitari, a partire dalla conoscenza dei bisogni e delle capacità dei pazienti (comunicazione, responsabilizzazione dei professionisti e degli operatori, delle persone assistite, delle famiglie, delle comunità, condivisione dei progetti di salute e di cura), fino alla riorganizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e a un nuovo disegno di politiche sanitarie con il coinvolgimento dei professionisti e degli operatori sanitari e delle associazioni dei malati. Questa linea strategica è ampiamente in coerenza con la missione 6, componente 1 e la Missione 5 componente 2 del PNRR.

2. La sanità digitale come volano di semplificazione, accessibilità e sostenibilità.

La digitalizzazione dei processi è l'occasione per dar vita a un sistema sociosanitario più agile ed efficiente e soprattutto maggiormente focalizzato sulle esigenze del paziente. Il digitale gioca un ruolo chiave con quattro asset. In primo luogo la telemedicina, introdotta durante la crisi sanitaria,

ha poi dimostrato potenzialità tali da richiedere la messa a regime in modo controllato. La telemedicina può essere di supporto nelle diverse fasi di gestione della salute (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) favorendo la circolazione delle informazioni tra i diversi operatori sanitari e team di cura e contribuire inoltre ad alimentare una base dati per la costruzione di una serie di indicatori di output e outcomes. Il secondo ambito riguarda la centralità e la valorizzazione della fruibilità dei dati. La presenza, la condivisione e la fruibilità del patrimonio informativo rappresentano l'elemento oggettivo che consente l'adattamento equo ed etico del nostro modello organizzativo e che pone la sfida di lavorare sulla governance, vale a dire superare le frammentazioni esistenti e valorizzare il patrimonio di dati di cui i diversi soggetti, nazionali, regionali, locali, dispongono, grazie anche a Big Data Analytics, Intelligenza Artificiale e Machine Learning. Terzo pilastro è il Fascicolo Sanitario Elettronico, che richiede di potenziarne la diffusione e l'accessibilità, grazie all'integrazione di tutti i documenti e dati sanitari, all'interoperabilità tra i sistemi regionali e all'integrazione tra la sanità pubblica e privata. Ultimo asset ma non meno importate sono le competenze digitali degli operatori, requisito culturale essenziale a supporto della trasformazione digitale del sistema nel suo complesso. Questa linea è ampiamente in coerenza con la missione 6, componente 1 del PNRR.

3. Equità e tempestività di accesso alle cure.

Mai come in questo periodo emergenziale è concreto il rischio che il sistema sanitario sotto la pressione dei malati di COVID non riesca a fornire risposte tempestive a tutti i cittadini. Prioritario è il recupero dell'attività arretrata; la tempestività e le pari opportunità per l'accesso alle cure, oltre che essere garantite dovranno essere monitorate. Il campo di applicazione riguarda l'attività programmata chirurgica, le procedure diagnostiche e terapeutiche.

4. L'appropriatezza delle cure come paradigma per la sostenibilità.

Una medicina che è stata definita "parsimoniosa" non limita le cure efficaci ma, al contrario, restringe l'uso di interventi non necessari e potenzialmente pericolosi. Secondo la Rand Corporation una procedura è appropriata se il beneficio atteso (per esempio aumento dell'aspettativa di vita, sollievo dal dolore, riduzione dell'ansia, miglioramento della capacità funzionale) supera le eventuali conseguenze negative (mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio, tale da ritenere che valga la pena effettuarla¹. Più della metà delle prestazioni radiologiche ambulatoriali eseguite nel nostro paese è inappropriato, e avrebbero potuto essere evitate senza alcuna conseguenza per i pazienti, ma anzi hanno costituito un inutile radioesposizione, così come l'utilizzo di tecnologie complesse in cardiologia. Il consumo pro capite di antibiotici in Italia è uno dei più alti tra i paesi OCSE, con un serio rischio per la salute della popolazione, considerando che causa l'incremento delle resistenze; l'appropriatezza di utilizzo degli antibiotici è una vera e propria priorità di sanità pubblica.

5. La comunicazione e la relazione col paziente come parte integrante e irrinunciabile della cura.

¹ Fitch K, Bernstein FJ, Aguilar MD, Burnand B, Lacalle JR, Lazaro P. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. RAND Corporation, Sept. 2000

È necessario promuovere una nuova alleanza tra medico e paziente, liberata da un'informazione talvolta distorta e non sufficientemente libera dai conflitti di interesse dai possibili condizionamenti legati alla medicina difensiva.

6. La misura degli esiti delle cure.

Il Piano Nazionale Cronicità sollecita la revisione del paradigma di fondo relativo al concetto di "esito" concettualmente legato ad una visione della medicina caratterizzata da eventi piuttosto che da percorsi. Si propone oggi di considerare gli esiti come un "insieme di risultati intermedi" non solo finali, non solo clinici ma anche connessi alla disabilità e alla qualità di vita, dislocandoli lungo tutto l'iter dell'assistenza erogata e misurandoli attraverso indicatori multidimensionali meglio rivolti alla dimensione stato di salute piuttosto che di malattia. Tra gli esiti, sempre maggiore considerazione ricevono quelli direttamente riportati dai pazienti, sia che riguardino aspetti tangibili delle cure sia che abbiano a che vedere con l'esperienza che ogni singolo paziente sperimenta. Ciò è realizzabile introducendo tecniche e strumenti efficienti per misurare il benessere auto-percepito dal paziente, la qualità della vita, l'impatto della condizione cronica sulla vita quotidiana.

7. Semplificazione dei processi per crescere e liberare risorse.

Semplificare significa tagliare passaggi procedurali, controlli, adempimenti inutili, eliminare ridondanze: vuol dire quindi eliminare tutto quello che è superfluo o addirittura dannoso per un buon funzionamento dell'Azienda Sanitaria. Il problema è che spesso non si può tagliare, perché certi passaggi o adempimenti non si possono eliminare senza provocare danni maggiori dei vantaggi dell'eventuale semplificazione; in questi casi semplificare significa allora reingegnerizzare, ovvero saper trovare modi diversi, più semplici, rapidi ed economici per ottenere lo stesso risultato. L'azienda USL intende perseguire la semplificazione delle procedure e dei processi attraverso la loro reingegnerizzazione, anche avvalendosi di strumenti tecnologici e innovativi.

8. La dematerializzazione dei processi come elemento generativo di informazione.

La trasformazione digitale dei processi aziendali è il punto di sintesi tra semplificazione, tracciabilità, trasparenza e valore informativo. L'azienda USL Toscana centro sostiene e promuove il passaggio dal cartaceo al digitale in ogni possibile procedura al fine di velocizzare la circolazione dei documenti, la loro archiviazione e l'estrazione, la valorizzazione di informazioni utili alla costruzione di indicatori di processo e di esito calcolabili in modo standardizzato ed automatizzato. Questa linea è ampiamente in coerenza con la missione 6, componente 1 del PNRR.

9. La tutela e salvaguardia della salute pubblica.

Le attività si declinano nella contingenza in azioni atte a contrastare la pandemia: organizzazione della campagna vaccinale anti-COVID e tutte le altre azioni collegate all'emergenza sanitaria (tamponi oro faringei, indagini epidemiologiche, gestione pratiche di contact-tracing e screening della popolazione). Oltre a ciò, è garantita l'attività ordinaria di vaccinazione e l'attività di vigilanza e controllo sulla Salute Pubblica. Viene garantita la sicurezza delle acque potabili, la salubrità ed il rispetto della normativa sulle strutture recettive, scuole, piscine, istituti penitenziari, rivendite di

fitosanitari, ed estetisti tatuatori. Si presidia la sicurezza nei cantieri edili, nelle unità locali produttive, in aziende agricole; si effettuano valutazioni piani di lavoro amianto e istruttorie per infortuni e malattie professionali. Si assicura la qualità dei cibi con ispezioni in esercizi pubblici e allevamenti, campionamenti di alimenti, bevande o matrici direttamente su animali in allevamento. Si garantisce l'attività per la valutazione dell'idoneità medico sportiva.

10. La sanità che promuove lo sviluppo sostenibile.

L'OMS e le Nazioni Unite ritengono che la salute sia un investimento per il futuro ed hanno elencato nel 2019 tredici sfide di sostenibilità da portare avanti in questo decennio, nell'ambito della più ampia strategia Agenda 2030. Ciascun attore singolo, locale, nazione o globale che condivide la visione dell'OMS è tenuto ad impegnarsi in queste sfide. L'Azienda USL Toscana Centro intende, nell'ambito del suo mandato, impegnarsi per supportare il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030.

4.2.2. Performance organizzativa ed individuale

Per queste parti, per quest'anno di transizione, si rimanda all'allegato Piano Aziendale delle Performance 2022-2024 (allegato 1).

4.3. Anticorruzione e trasparenza

La stesura del presente Piano è successiva all'approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 (PTPCT 2022-2024) avvenuta con delibera n. 606 del 31/05/2022. Pertanto, allo scopo di semplificare il coordinamento e l'utilizzo dei due strumenti e in attesa delle annunciate modifiche normative che dovranno portare alla loro completa integrazione, nella presente sezione viene introdotto il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza aziendale rimandando al PTPCT appena approvato per i dettagli sulla sua applicazione (Allegato 2).

4.3.1. Premessa

L'attività di prevenzione della corruzione nell'anno 2021 è stata pesantemente condizionata dalla pandemia da Covid-19 che ha compromesso gravemente il regolare svolgimento delle iniziative programmate. L'Azienda, come tutti i soggetti del Servizio Sanitario Nazionale, è stata costretta a impiegare ingenti risorse per fronteggiare la pesante crisi sanitaria, sostenendo costi altissimi anche in termini di vite umane. Per questo motivo, non è stato possibile raggiungere pienamente tutti gli obiettivi previsti nel precedente PTPCT 2021-2023.

Il sistema di prevenzione, pertanto, è stato riprogettato tenendo conto della situazione di crisi attuale e con l'obiettivo di renderlo il più possibile uno strumento semplice, sintetico e utile per tutti i soggetti coinvolti, coerente con la strategia di prevenzione delineata dal PNA e dalle Delibere ANAC e in linea con la realtà ed il tessuto sociale ed organizzativo nel quale l'Azienda si trova ad operare.

4.3.2. L'origine dell'anticorruzione in Italia

L'esigenza di una normativa in materia di prevenzione della corruzione nacque da alcuni studi compiuti dall'UE e dall'OCSE che stimavano un costo per lo Stato di 60 miliardi l'anno, pari al 3,8% del PIL (con una media UE del 1%). In un rapporto del 2011, l'Italia figurava come il terzo paese OCSE più corrotto, con un punteggio CPI (Corruption Perception Index) pari a 6.1 subito dopo Messico e Grecia.

La Legge 190/2012, nel solco della normativa internazionale, è nata come risposta a questa esigenza introducendo, accanto allo strumento "classico" della repressione della corruzione basato sul regime sanzionatorio stabilito dal Codice Penale, un sistema di prevenzione della corruzione e di promozione dell'integrità basato sull'analisi del rischio corruttivo e finalizzato ad anticipare la commissione di condotte illecite, a garantire il corretto utilizzo delle risorse pubbliche e a rendere trasparenti le procedure e imparziali le decisioni delle amministrazioni, attraverso l'adozione di idonee misure di prevenzione.

Attualmente, il sistema di prevenzione della corruzione è articolato su due livelli:

- Un livello nazionale che prevede l'adozione e l'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), da parte dall'Autorità Nazionale per l'Anticorruzione (ANAC)², nel quale si definiscono le strategie per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione e si individuano per ogni settore di attività i principali rischi di corruzione, gli obiettivi, i tempi e le modalità di adozione delle misure di prevenzione;
- Il secondo è quello decentrato in cui ogni amministrazione, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, delle indicazioni contenute nel PNA e del contesto interno ed esterno, predispone annualmente un Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) nel quale individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione e indica la strategia e le misure volte a prevenire il medesimo rischio e aumentare la trasparenza dei propri processi.

4.3.3. Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)

Il PTPCT 2022-2024 è stato adottato dalla Direzione Generale, su proposta del RPCT, con delibera n. 606 del 31/05/2022 (allegato 2) ed è stato pubblicato sul sito aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente / Altri contenuti / Prevenzione della corruzione / Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, insieme a quelli degli anni precedenti.

Ha valenza triennale e individua la strategia di prevenzione della corruzione e il grado di esposizione al rischio dell'Azienda, sulla base delle proprie specificità, indicando gli interventi organizzativi (misure) che contribuiscono a rendere imparziali e trasparenti le decisioni.

Il Piano è destinato a tutti coloro che prestano servizio a qualunque titolo presso l'Azienda. Non è un mero adempimento burocratico ma ha lo scopo di creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del

² L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) è un'autorità amministrativa indipendente il cui compito è quello di prevenire fenomeni corruttivi nell'ambito delle pubbliche amministrazioni (PA) e delle società partecipate e controllate. Svolge il suo compito attraverso un'attività di vigilanza nell'ambito dei contratti pubblici, degli incarichi e comunque in ogni settore della pubblica amministrazione potenzialmente esposto a corruzione.

rispetto delle regole e del principio della legalità condivisa, evitando di generare oneri organizzativi inutili o ingiustificati e privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'integrità.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano è fonte di responsabilità disciplinare.

4.3.4. La definizione di corruzione

Come sancito nelle Convenzioni ONU, OCSE, e Consiglio d'Europa, ratificate dall'Italia, con il termine "corruzione" si definiscono tutti quei comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all'adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio, cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli.

Nell'ordinamento penale italiano la corruzione non coincide con i soli reati più strettamente definiti come corruttivi dal Codice Penale (concussione, art. 317, corruzione impropria, art. 318, corruzione propria, art. 319, corruzione in atti giudiziari, art. 319-ter, induzione indebita a dare e promettere utilità, art. 319-quater), ma comprende anche una serie di reati che la legge definisce come "condotte di natura corruttiva" (artt. 319-bis, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353, 353-bis).

4.3.5. La definizione di trasparenza

Il D.Lgs. 33/2013 definisce la trasparenza come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione, aperta, al servizio del cittadino.

4.3.6. Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza

Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza descritto in dettaglio nel PTPCT 2022-2024, si pone l'obiettivo di rafforzare le prassi a presidio dell'integrità del pubblico funzionario e dell'agire amministrativo, adottando misure dirette a evitare il manifestarsi di comportamenti corruttivi, contribuendo a garantire il corretto utilizzo delle risorse pubbliche e rendendo trasparenti le procedure e imparziali le decisioni. Il fine ultimo, in sostanza, è la tutela dell'interesse pubblico dal rischio di corruzione limitando la possibilità di corrompere o essere corrotti e aumentando al contempo la fiducia dei cittadini nelle istituzioni.

In particolare, lo scopo è quello di costruire un sistema di misure di ampio spettro capaci di ridurre, all'interno dell'Azienda, il rischio che i pubblici funzionari (intesi in senso ampio come dipendenti pubblici e soggetti a questi assimilabili) adottino comportamenti corruttivi che, anche se non configurabili come reati di corruzione

in senso proprio, potrebbero costituire un ambiente favorevole alla loro commissione. In questo vasto ambito rientrano, ad esempio, tutti i reati di cui al Capo I del Titolo II del libro secondo del codice penale (“reati contro la pubblica amministrazione”), i reati di rilevante allarme sociale, i comportamenti contrari a quelli propri di un funzionario pubblico previsti da norme amministrativo-disciplinari anziché penali, fino all’assunzione di decisioni di cattiva amministrazione, quindi, contrarie all’interesse pubblico sotto il profilo dell’imparzialità e/o sotto il profilo del buon andamento (funzionalità ed economicità).

Il sistema, per essere efficace, deve essere in grado di ridurre concretamente il livello di esposizione al rischio dell’Azienda e di coniugarsi con criteri di efficienza e efficacia, privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull’integrità. Inoltre, deve tendere al miglioramento continuo attraverso il monitoraggio e la valutazione dell’effettiva attuazione ed efficacia delle misure e il riesame periodico della sua funzionalità complessiva.

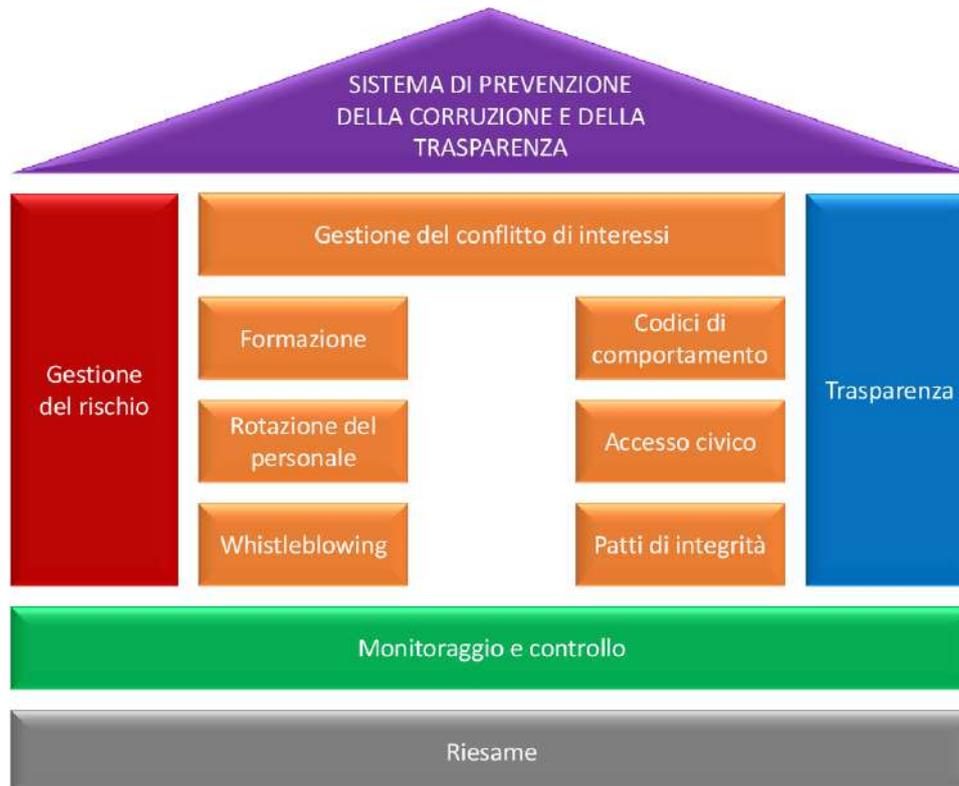
Le misure di prevenzione previste dal sistema si possono classificare in:

- **misure generali:** si caratterizzano per la capacità di incidere sul sistema complessivo di prevenzione, intervenendo in modo trasversale sull’intera Azienda;
- **misure specifiche:** incidono su problemi specifici individuati tramite l’analisi del rischio e pertanto sono adeguatamente contestualizzate rispetto a particolari rischi corruttivi.

Nello schema in figura 1 sono rappresentate le due misure principali che costituiscono i pilastri su cui si basa il sistema di prevenzione: gestione del rischio e trasparenza.

A queste si affiancano le altre misure generali di prevenzione previste dal PNA: gestione del conflitto di interessi; codici di comportamento; formazione; accesso civico semplice e generalizzato; rotazione del personale; whistleblowing; patti di integrità e i protocolli di legalità.

Fig. 1 – Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza



Il monitoraggio e il controllo permettono di verificare l’attuazione e l’adeguatezza di tutte le misure di prevenzione adottate nonché il funzionamento complessivo del sistema e si sviluppano su due livelli:

- **Monitoraggio e controllo di primo livello:** effettuato direttamente dal responsabile dell’attuazione della misura generale o specifica nell’ambito dei processi di competenza;
- **Monitoraggio e controllo di secondo livello:** effettuato dal RPCT sull'intero sistema.

I risultati dell’attività di monitoraggio e controllo sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema allo scopo di individuare tempestivamente le modifiche necessarie e garantire il miglioramento continuo e sono riportati nella relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT).

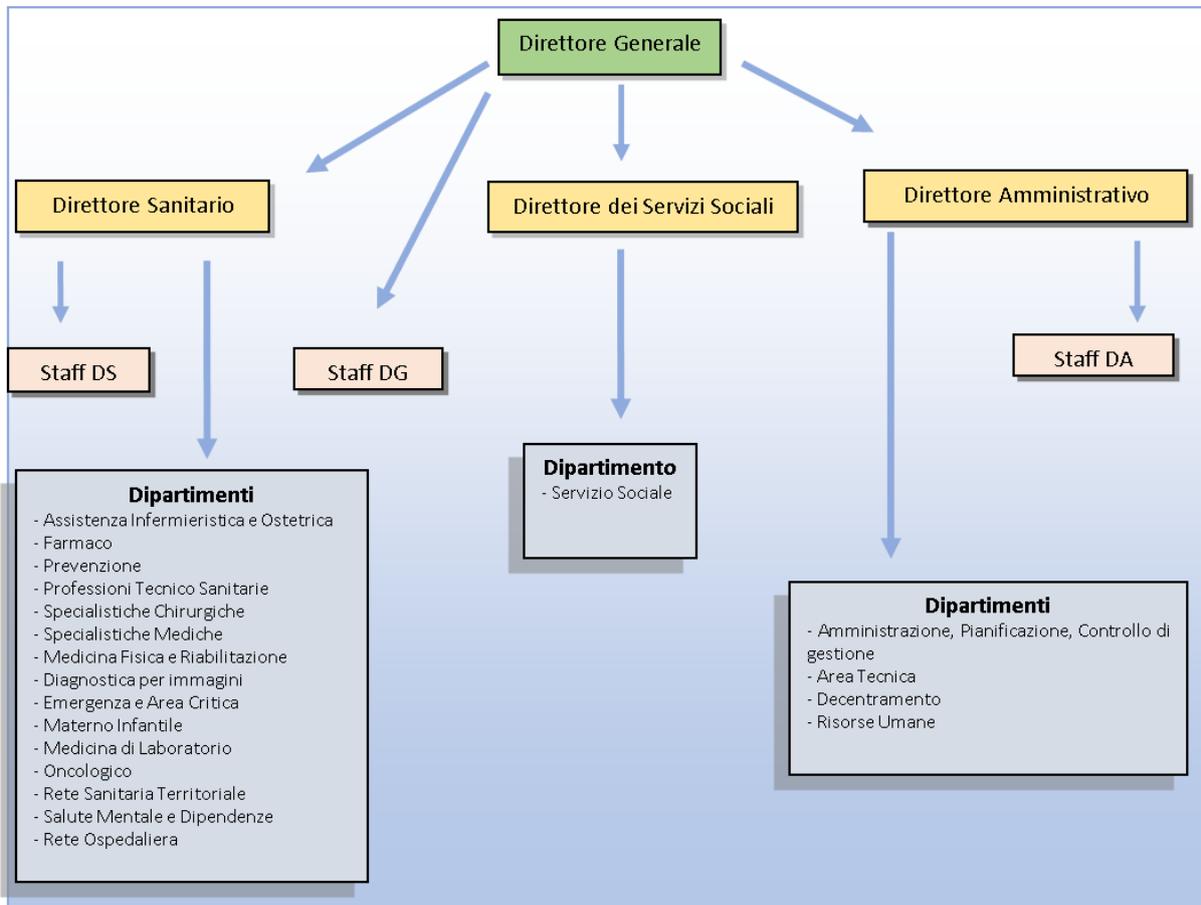
Per una descrizione approfondita dell’implementazione di ciascuna misura di prevenzione e del monitoraggio e controllo si rimanda al PTPCT 2022-2024 (allegato2) approvato con delibera n. 606 del 31/05/2022 e pubblicato sul sito aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente / Altri contenuti / Prevenzione della corruzione / Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

5. Organizzazione e Capitale Umano

5.1. Struttura Organizzativa

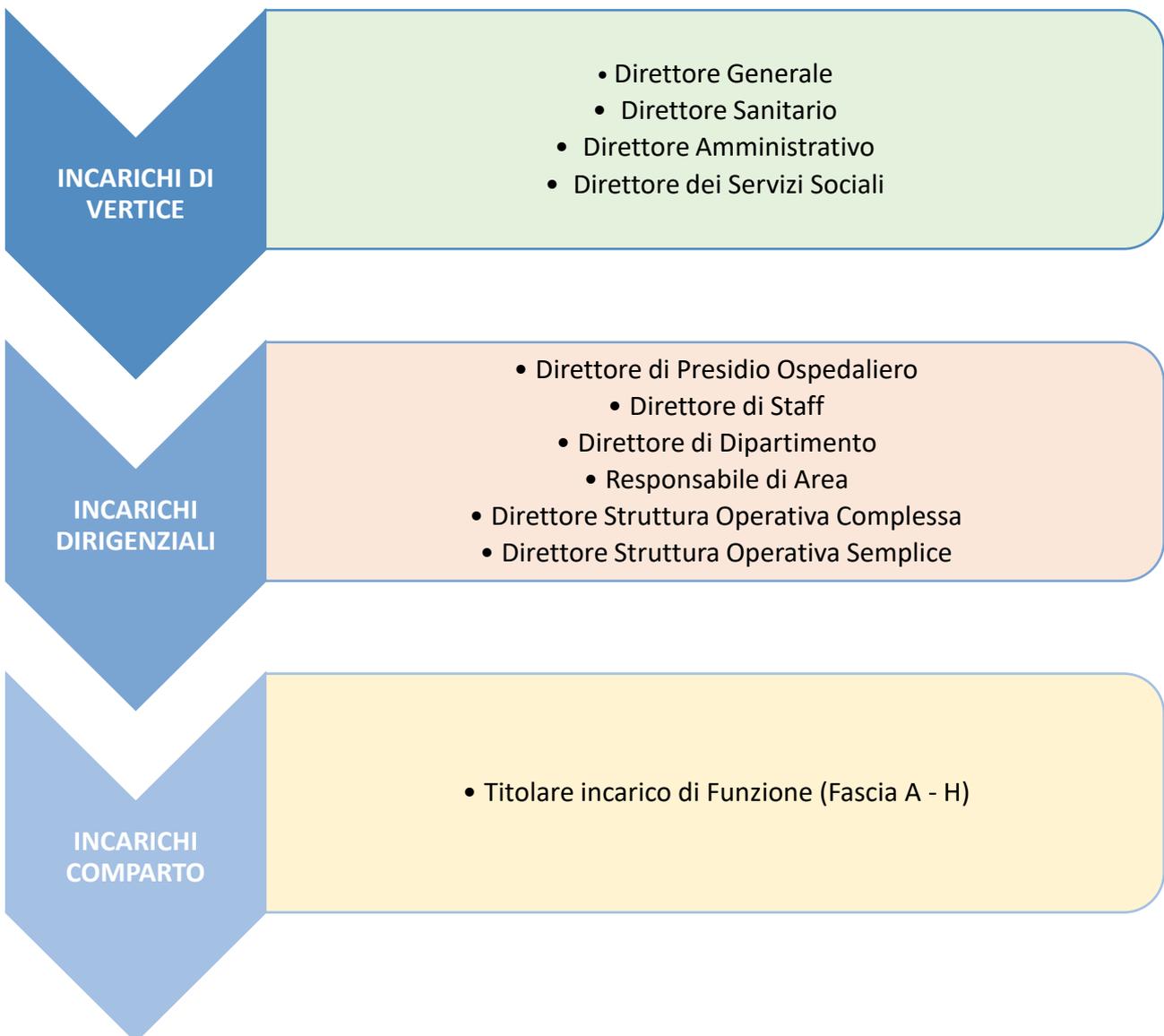
L'Azienda UsI Toscana Centro, istituita all'esito dell'unificazione delle ex Aziende Sanitarie Locali n. 10 di Firenze, n. 11 di Empoli, n. 4 di Prato e n. 3 di Pistoia, è articolata come segue:

Ambito territoriale	Presidi Ospedalieri	Zone - Distretto
Firenze	Santa Maria Nuova San Giovanni di Dio Santa Maria Annunziata Piero Palagi Serristori Borgo San Lorenzo	Firenze Centro Firenze Sud Est Firenze Nord Ovest Zona Mugello
Pistoia	San Jacopo SS. Cosma e Damiano San Marcello Pistoiese	Zona Pistoia Zona Valdineivole
Prato	Santo Stefano	Zona Prato
Empoli	San Giuseppe	Zona Empolese Valdarno Inferiore



La sotto-articolazione Aziendale è rappresentata dalle Strutture Organizzative, le quali aggregano risorse e competenze professionali al fine di assicurare lo svolgimento di determinate funzioni di carattere sanitario-assistenziale, amministrativo, programmatico e di controllo. Le Strutture possono essere Semplici o Complesse in base alle attività ed all'entità delle risorse assegnate, alle dimensioni, ai costi sostenuti, alla valenza strategica ed all'autonomia.

È possibile, pertanto, individuare diversi livelli di incarichi a seconda della responsabilità organizzativa attribuita:



5.2. Organizzazione del Lavoro Agile

5.2.1. Introduzione

All'indomani della cessazione dello stato di emergenza disposto dal d.l. 24 del 24 marzo, convertito in L. 52/2022 e del venir meno del cd. L.A.E. a far data dal 1 aprile 2022, l'Azienda UsI Toscana Centro ha elaborato, nelle more della definizione degli istituti connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva, modifiche al Regolamento Aziendale adottato con Delibera DG n. 1499 del 7 ottobre 2021.

In ossequio a quanto previsto dalle Linee Guida sul POLA diffuse dal Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché in attuazione delle successive Linee Guida in materia di lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni ai sensi dell'art. 1 comma 6 del Decreto ministeriale recante le modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle Pubbliche Amministrazioni, i principi cardine sui quali si fonda l'organizzazione aziendale in materia di smart working sono:

- flessibilità dei modelli organizzativi,
- autonomia nell'organizzazione del lavoro,
- responsabilizzazione rispetto al raggiungimento dei risultati,
- benessere del lavoratore,
- utilità per l'Amministrazione,
- cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti,
- organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive,
- promozione del miglioramento organizzativo-gestionale anche attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie.

In un'ottica di "change management" ed alla luce della positiva esperienza maturata durante la fase emergenziale della pandemia da Covid-19, l'obiettivo è stato quello di elaborare un documento volto a sperimentare una nuova modalità di esecuzione del rapporto di lavoro incentrata, da un lato, sul superamento di rigidi vincoli spazio-temporali e, dall'altro, sulla valorizzazione degli obiettivi assegnati allo smartworker.

La fase di sperimentazione del lavoro agile che si rivolge al personale del comparto amministrativo e si concluderà il 31.12.2022, consentirà ai competenti uffici aziendali di effettuare una valutazione complessiva sui seguenti aspetti: i risultati raggiunti, le attività che meglio si prestano ad essere svolte da remoto, i benefici in termini di miglioramento qualitativo e quantitativo della prestazione lavorativa, l'individuazione di nuove modalità organizzative e gestionali attraverso le quali garantire una maggior efficacia ed efficienza a livello di singola Struttura, la riduzione di permessi, aspettative ed assenze dovuti ad esigenze personali e/o familiari, la possibilità di utilizzare al meglio quelle risorse umane che, diversamente, sarebbero temporaneamente indisponibili.

Nello svolgimento dell'attività lavorativa in Smart Working, il Dipendente non ha vincoli di orario, ma gestisce autonomamente l'organizzazione del proprio tempo di lavoro, essendo vincolato unicamente al risultato relativo alla sua prestazione lavorativa.

Ad ogni modo è stato previsto un limite massimo inferiore al 50% della prestazione lavorativa eseguibile in modalità agile su base settimanale, derogabile nell'ipotesi in cui il lavoratore sia da considerare "fragile".

Sulla base dei dati raccolti durante la sperimentazione, il proponimento è quello di rendere strutturale il ricorso allo smart working, mettendo in atto una evoluzione del concetto stesso di "rapporto di lavoro", sia a livello aziendale che, più a monte, dal punto di vista culturale. Per tale ragione l'Azienda sta avviando un percorso volto a valorizzare i benefici del lavoro da remoto anche in termini di sostenibilità ambientale e sociale, *ad esempio* individuando spazi di coworking condivisi con altre amministrazioni, oltre che di miglioramento della work-life balance.

Inoltre, sebbene la pandemia abbia aperto una finestra sulla possibilità di lavorare efficacemente anche da remoto, il senso del lavoro agile non vuole essere semplicemente quello di traslare presso una diversa sede le medesime attività che si svolgerebbero in ufficio, quanto piuttosto quello di consegnare al lavoratore degli obiettivi specifici, puntando sulla sua capacità di organizzare l'attività nei luoghi e negli orari che meglio gli consentano di trovare la giusta sintesi tra esigenze di vita e di lavoro. Ragione per la quale è stata, tra l'altro, sottolineata l'opportunità di circoscrivere entro una forbice temporale ridotta la fascia di reperibilità in cui ciascun Responsabile può contattare lo smartworker.

Nel corso del mese di maggio sono state avviate delle riunioni di confronto con il top management amministrativo in modo da rendere il più possibile condiviso il percorso e focalizzato nell'ottica dell'organizzazione del lavoro per obiettivi.

Ciò consentirà, a partire dall'autunno, di consolidare almeno due riunioni di monitoraggio per verificare l'andamento rispetto agli obiettivi stabiliti nei vari progetti di settore, oltre che verificare mediante l'analisi dei dati sull'assenteismo l'impatto che tale modalità di lavoro sta avendo sulla nostra organizzazione, sia in termini di efficacia dell'azione amministrativa che di senso di appartenenza.

I risultati di attività saranno molto utili per consolidare l'esperienza e comprendere l'effettivo sviluppo di tale modalità lavorativa, in un'ottica non più sperimentale ma strutturale.

Contestualmente è stato avviato il confronto sindacale in modo da addivenire, entro la fine dell'anno, alla conclusione della trattativa sul tema, tenuto anche conto dell'ipotesi di CCNL che dedica un'intera sezione allo Smart Working.

5.2.2. Attività la cui esecuzione può essere svolta in smart working.

Le prestazioni delle attività possono essere svolte in modalità di Smart Working quando sussistono i seguenti requisiti:

1. è possibile delocalizzare, almeno in parte, le attività assegnate, senza che sia necessaria la costante presenza fisica del dipendente nella sede di lavoro;
2. è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro, compresa l'eventuale attivazione delle necessarie procedure informatiche e di collegamento anche alla rete aziendale;

3. è possibile organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati ed in piena autonomia;
4. è possibile monitorare e valutare i risultati delle attività assegnate al dipendente, che opera in condizioni di autonomia, rispetto agli obiettivi programmati;
5. l'attività in modalità Smart Working è compatibile con le esigenze organizzative e gestionali di servizio della struttura di appartenenza.

5.2.3. Piano di attività di smart working

Lo SW trova il fondamento nella redazione di una "Ipotesi di piano di attività di smart working" la quale può essere redatta direttamente dal Direttore della struttura oppure può essere proposto dai lavoratori al Direttore stesso.

Il Direttore della struttura organizzativa d'iniziativa sulle proprie ipotesi o acquisendo le proposte dei lavoratori, valuta la fattibilità ed attuazione e, in caso di esito positivo, predispone e adotta la "Scheda di piano specifico di Smart Working".

La scheda di piano specifico di Smart Working deve almeno prevedere i seguenti punti i quali saranno declinati negli accordi individuali del/ degli operatori che prenderanno parte alla realizzazione del piano:

- a) Denominazione del Piano Specifico
- b) Obiettivi del Piano
- c) Scopo del Piano;
- d) I processi e/o le attività interessate;
- e) Numero dei possibili dipendenti da coinvolgere con accordo individuale specifico
- f) Profili professionali interessati
- g) Se definita l'indicazione delle giornate settimanali/mensili da svolgere in Smart Working
- h) Se prevista l'eventuale fascia oraria di disponibilità
- i) Le modalità di verifica delle attività svolte in Smart Working e eventuali indicatori
- j) Eventuale formazione o aggiornamento necessari e/o opportuni
- k) Le tecnologie da utilizzare e i sistemi di supporto e sicurezza;
- l) Eventuali i costi e i benefici attesi

Il Piano specifico deve riportare una durata che, in fase di prima applicazione, non potrà andare oltre il 31.12.2022. Questo anche per permettere eventuali valutazioni e revisioni.

L'assegnazione al dipendente dello svolgimento del piano, o di parte di esso, avviene attraverso la firma dell'accordo individuale che può, eventualmente, prevedere un periodo di assegnazione più breve della durata del piano. Questa ipotesi temporale può essere utilizzata per dare la possibilità anche di rotazione tra più candidati.

A regime, una volta superata la fase transitoria, il piano può essere prorogabile di anno in anno previa valutazione positiva, da parte del Dirigente, sull'esecuzione del progetto e raggiungimento degli obiettivi.

5.2.4. Adesione allo smart working e accordo individuale di lavoro.

Successivamente all'approvazione della scheda di piano, l'avvio dello smart working segue le seguenti fasi:

- a) Pubblicizzazione o comunque una informazione del piano specifico all'interno della struttura interessata, per acquisire l'adesione dei dipendenti interessati.
- b) Presentazione al dirigente responsabile delle candidature da parte dei dipendenti addetti agli uffici interessati al piano specifico di Smart Working. In caso di candidature superiori alle effettive disponibilità, si seguono i criteri preferenziali. Le candidature avvengono esclusivamente su base volontaria.
- c) Approvazione delle candidature da parte del Dirigente (solo se il dipendente non sia in possesso di dotazione tecnologica propria), ed eventuale formazione della graduatoria delle priorità che potrà dare luogo ad una rotazione.
- d) Successivamente all'approvazione delle candidature verrà sottoscritto l'Accordo individuale di lavoro
- e) Trasmissione dell'accordo sottoscritto alla SOC GRU per l'inserimento nel fascicolo e la gestione delle attività di competenza.

La redazione dell'accordo individuale, con indicate le specifiche caratteristiche per l'attuazione del piano, avviene tra il dirigente e il dipendente con invio della documentazione all'apposito ufficio della SOC Gestione delle Risorse Umane.

Per lo svolgimento dello Smart Working i dipendenti dovranno aver adempiuto agli obblighi formativi in materia di:

- a. aspetti di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e dei rischi connessi all'utilizzo dei dispositivi tecnologici
- b. misure di sicurezza anche comportamentale sul corretto utilizzo e sulla tutela delle informazioni, dei beni o materiali dell'Amministrazione,
- c. previsioni normative in materia di privacy e tutela dei dati personali.

L'accordo individuale stipulato per scritto e relativo alle modalità di esecuzione dello Smart working deve contenere:

- la disciplina dell'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno della sede di lavoro e gli strumenti utilizzati dal lavoratore;
- la durata (in fase di prima applicazione non superiore al 31.12.2022);
- eventuale indicazione dei luoghi prevalenti di svolgimento dell'attività;
- il preavviso in caso di recesso;
- eventuale indicazione di fasce di disponibilità e/o di attività se questa deve essere svolta in determinate fasce orarie in relazione a particolari esigenze organizzative od alle mansioni dei lavoratori interessati;
- ulteriori eventuali disposizioni organizzative;
- eventuali clausole per il rientro in caso di necessità o urgenza

- i tempi di riposo del lavoratore e le misure tecniche ed organizzative per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro.
- la partecipazione alle specifiche iniziative di informazione/formazione riguardanti: le modalità operative del progetto smart working, gli aspetti di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e dei rischi connessi all'utilizzo dei dispositivi tecnologici, nonché le misure di sicurezza anche comportamentale sul corretto utilizzo degli strumenti dell'amministrazione anche ai fini della sicurezza del patrimonio informativo e della salvaguardia dei servizi.

5.2.5. Telelavoro

La necessità di dare esecuzione alla normativa di settore, unitamente alla volontà di individuare delle modalità di svolgimento del rapporto di lavoro volte a rinnovare l'amministrazione e favorirne la crescita digitale, nonché di tutelare la dignità e la professionalità di tutti i lavoratori, hanno determinato la scelta di modificare il precedente Regolamento Aziendale che disciplinava il rapporto di telelavoro in modalità domiciliare. Nelle more dell'adozione del nuovo documento aziendale ed in ragione del fatto che, ad oggi, hanno aderito ai diversi Progetti di telelavoro dipendenti con gravi patologie, la linea è stata quella di prorogare gli accordi individuali di quanti ne abbiano fatto richiesta e, comunque, all'esito di una nuova verifica circa il possesso dei requisiti.

Più nello specifico, si è ritenuto che il Lavoro Agile sia necessario ma non sufficiente a completare il processo di reingegnerizzazione dei processi e di miglioramento funzionale dell'amministrazione, ravvisandosi l'opportunità di utilizzare tutti gli strumenti messi a disposizione del legislatore per "costruire" un nuovo modello di P.A., più moderna, attenta al benessere dei lavoratori e con uno sguardo rivolto al ridimensionamento dell'impatto ambientale. L'obiettivo, dunque, è quello di favorire una maggiore flessibilità ed una più efficiente e razionale organizzazione, permettendo al dipendente, laddove ne ricorrano i presupposti, di optare per una modalità di prestazione del lavoro che consenta di implementare la produttività individuale e disincentivare l'assenteismo.

Diverse le differenze con il Lavoro Agile e, di conseguenza, l'ambito applicativo dei due istituti. In particolare:

1. Il Telelavoro previsto a livello aziendale è, per il momento, quello domiciliare, mentre il Lavoro Agile non presuppone una postazione fissa, potendo l'attività lavorativa essere svolta in qualunque luogo.
2. Il Telelavoro è articolato secondo l'orario di lavoro proprio dell'inquadramento contrattuale di appartenenza, per contro lo smartworker non ha vincoli di orario, ma gestisce autonomamente l'organizzazione del proprio tempo di lavoro, essendo unicamente vincolato al raggiungimento degli obiettivi assegnati.
3. In caso di Telelavoro l'Amministrazione fornirà al lavoratore, in comodato d'uso (secondo la disciplina di cui all'art. 1803 e s.s. del codice civile) una postazione di lavoro idonea alle esigenze dell'attività lavorativa, nel rispetto delle norme di sicurezza vigenti, che verranno verificate attraverso sopralluoghi preventivi ed in itinere. Diversamente, la strumentazione tecnologica funzionale allo svolgimento del lavoro agile è, di norma, di proprietà del dipendente.

4. Il Telelavoro richiede lo spostamento della sede di lavoro dall'ufficio al domicilio del dipendente il quale, pertanto, è vincolato a prestare la propria attività da una postazione fissa e prestabilita e con i medesimi limiti di orario che avrebbe in presenza, contrariamente al Lavoro Agile che prevede una completa autonomia per il lavoratore dal punto di vista spazio-temporale.
5. Il telelavoro si sostanzia in una forma flessibile di impiego che comporta la sola variazione organizzativa del rapporto di lavoro poiché, di fatto, incide esclusivamente sulle modalità spazio-temporali di svolgimento dello stesso.

Nonostante l'impegno di risorse che ciò comporta, si è optato per il telelavoro domiciliare che, a differenza di quello mobile, consente di tutelare al meglio il dipendente, "creando" una postazione di lavoro sicura ed efficiente presso la propria abitazione. Al contempo si vuole puntare, in un prossimo futuro, sulla valorizzazione del telelavoro remotizzato che permetterebbe di utilizzare delle "strutture satellite" anche in condivisione con altri Enti e/o Aziende.

L'elaborazione della bozza di Regolamento è incentrata sulla attuazione di tre parametri fondamentali:

- l'esecuzione dell'attività lavorativa avviene in un luogo diverso da quello in cui si trova il datore di lavoro, configurandosi un "decentramento produttivo";
- la postazione di telelavoro è messa a disposizione del dipendente in comodato d'uso, installata e collaudata a cura ed a spese dell'Azienda che si impegna, a tal fine, ad effettuare un sopralluogo presso il domicilio del telelavoratore per verificare l'idoneità dei luoghi e la conformità degli stessi a quanto previsto dal D.Lgs. 81/2008;
- l'organizzazione del lavoro da remoto si basa sull'interdipendenza tra soggetti e sulla flessibilità nelle forme di impiego e nei tempi di lavoro.

La prestazione lavorativa nella forma del telelavoro, in ogni caso, non può essere svolta dal personale che presta attività di assistenza diretta o che svolge funzioni di per sé incompatibili con il lavoro da remoto. Pertanto, in linea di principio, le attività sono telelavorabili quando:

- non è necessaria la presenza fisica del dipendente presso la sede di lavoro;
- il dipendente è in possesso di sufficiente autonomia dal punto di vista dell'organizzazione e della gestione del lavoro;
- non è previsto un contatto diretto con l'utenza, né la consultazione frequente di documenti o altro materiale cartaceo custodito presso la sede di servizio;
- non sia pregiudicata l'erogazione dei servizi e/o la qualità della prestazione lavorativa;
- sia possibile agevolmente pianificare, monitorare e valutare le attività attraverso criteri oggettivi.

Per quanto concerne il procedimento da attivare, il Direttore della Struttura interessata predispone un Progetto di Telelavoro nel quale indica: gli obiettivi perseguiti, le attività telelavorabili, le tecnologie utilizzate, le modalità ed i tempi di realizzazione, il numero di dipendenti di cui si prevede il coinvolgimento, la durata, i criteri di verifica, le eventuali modificazioni organizzative, i costi ed i benefici, la formazione e l'aggiornamento del telelavoratore. Sulla base delle indicazioni fornite nel Progetto, il dipendente interessato in possesso dei

requisiti presenta domanda al Direttore della Struttura di appartenenza il quale, una volta verificata la conformità della stessa al Regolamento, provvederà a dare parere positivo o negativo.

Anche in ragione della diversa ratio del telelavoro rispetto all'ulteriore strumento aziendale del lavoro agile, nella attribuzione dello stesso viene accordata priorità assoluta a coloro che versano in una condizione di svantaggio personale dovuta a disabilità psico-fisica certificata o patologia grave, dopodiché si preferiranno i lavoratori che svolgono attività maggiormente votate ad essere realizzate in modalità di telelavoro domiciliare.

5.2.6. Co-working

Tra le ulteriori possibilità del lavoro da remoto esiste anche il Co-Working inteso come progettualità che, mediante la modifica del luogo di adempimento della prestazione lavorativa, consegua modalità di organizzazione innovative anche trasversali tra funzioni afferenti ad Enti diversi, ma che insistono su medesimi servizi alla cittadinanza. In questo senso l'Azienda sta avviando delle intese con altre amministrazioni del territorio, finalizzate ad una innovativa integrazione delle funzioni.

5.2.7. Conclusioni

Tanto il lavoratore agile quanto il telelavoratore godono dello stesso trattamento economico e giuridico applicato ai colleghi che prestano la loro attività in presenza, né l'accesso al lavoro da remoto può incidere negativamente e/o pregiudicare le prospettive di carriera, crescita professionale e formativa. Inoltre, per garantire parità di trattamento, chi lavora a distanza:

- esercita i propri diritti sindacali, viene informato e partecipa all'attività sindacale che si svolge presso l'Azienda;
- riceve informazioni e comunicazioni istituzionali con gli stessi canali utilizzati per i dipendenti che lavorano in presenza;
- non subisce alcuna modifica del trattamento economico;
- ha le medesime prospettive di carriera, formazione, socializzazione e sviluppo della professionalità riconosciute ai dipendenti che lavorano in presenza.

5.3. Piano Triennale del Fabbisogno Di Personale

Il documento allegato (allegato 3) si pone l'obiettivo di programmare il fabbisogno della forza lavoro dell'Azienda USL Toscana Centro per il triennio 2022-2024, alla luce della programmazione aziendale, dei principali trend che interessano il campo di azione sanitario in generale e delle conseguenze della pandemia da Covid 19.

In particolare prende atto della cessazione dello stato di emergenza e quindi della gestione delle fasi di rientro nella regolarità delle attività e servizi con conseguente riequilibrio e riorganizzazione delle risorse umane.

Coerentemente con quanto previsto dalla normativa di riferimento, il quadro in esso delineato persegue una compatibilità con i vincoli di finanza pubblica vigenti e i contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dalle “Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche” pubblicate nella Gazzetta Ufficiale serie generale n. 173 del 27/07/2018 e dagli indirizzi per la predisposizione dei Piani Triennali di Fabbisogno di personale per il triennio 2022-2024 forniti dalla Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale della Regione Toscana con delibera n. 700 del 20/06/2022.

L'approccio risulta molto flessibile in funzione della variabilità ambientale attuale, ma cerca di tenere comunque conto del grado di compatibilità tra i possibili scenari futuri e i principali vincoli di sistema.

L'impostazione di questa edizione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale ricalca la versione 2020-2022 per assicurare continuità metodologica e possibilità di confronto.

Il quadro disegnato per gli anni 2022, 2023 e 2024 si ispira agli obiettivi ed ai vincoli della programmazione regionale e nazionale e si inquadra in un ragionamento sostenibile e coerente con la rimodulazione delle esigenze legate agli andamenti della pandemia.

Si allega la proposta di Piano Triennale del Fabbisogno di personale 2022-2024, nelle more dell'approvazione da parte della Regione Toscana (allegato 3).

5.4. Formazione del Personale

5.4.1. Il contesto aziendale

L'azienda si avvale di circa 15.000 dipendenti, 11.000 del ruolo sanitario e 4000 del ruolo tecnico, professionale ed amministrativo, distribuiti in più di venti professioni che determinano il capitale intellettuale, indispensabile per poter disporre di tutte le competenze. Il capitale umano rappresenta il valore più grande dell'azienda sanitaria che ha consapevolezza della necessità di averne cura, sia sul versante motivazionale che tecnico professionale, in modo che lo sviluppo sia coerente e sinergico alle trasformazioni culturali, organizzative e gestionali.

5.4.2. La formazione continua

La formazione continua rappresenta un elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e delle performance dei professionisti con le trasformazioni determinate dall'evoluzione dei bisogni sanitari, dai mutamenti della domanda, dalla richiesta di maggiori e qualificate competenze scientifiche e tecnologiche, nonché dall'evoluzione dei modelli organizzativi ed operativi. In uno scenario in continua evoluzione, dove i professionisti e le organizzazioni sono chiamati a fronteggiare nuove esigenze e nuove realtà organizzative e clinico-assistenziali, diviene necessario lo sviluppo di nuove competenze che diventano velocemente obsolete e devono quindi essere ridefinite e/o aggiornate con una certa frequenza o

almeno ogni qual volta cambi l'assetto organizzativo. La competenza è un costrutto complesso composta da conoscenza, abilità/skill, comportamento/qualità, può essere appresa, è finalizzata a un obiettivo/risultato e se non esercitata tende a perdere le caratteristiche di efficacia, efficienza e appropriatezza. L'emergere del valore della competenza e del capitale umano rende necessaria la costruzione di nuovi modelli di gestione per analizzare, valutare, riconoscere e valorizzare i professionisti e gli "alti potenziali". In questo modello, competenze e conoscenze specifiche del ruolo e trasversali rappresentano i pilastri su cui si basa l'organizzazione dell'azienda e la possibilità di miglioramento delle performance.

In questa ottica la formazione deve consentire di attivare un processo finalizzato a rendere i professionisti soggetti attivi di cambiamento, sia a livello individuale che organizzativo, non attraverso una semplice adesione ad un modello preconstituito, ma attraverso l'elaborazione autonoma e nel confronto con gli altri di una propria strategia di intervento, alimentata da un arricchimento del proprio patrimonio cognitivo, dall'analisi della dinamica emotiva e motivazionale, dalla consapevolezza del proprio ruolo professionale e organizzativo.

Oggi, sempre più, si assiste allo spostamento del focus della formazione verso il paradigma dell'apprendimento lifelong con la conseguente attenzione alle teorie e alle pratiche connesse all'apprendimento in età adulta e alle condizioni che lo rendono possibile per i diversi individui, nei diversi contesti. Si tratta di un apprendimento che si può realizzare in una pluralità di situazioni: sul posto di lavoro, a casa, in gruppo, da soli e nei diversi tempi della vita, in situazioni naturali, in esperienze casuali o nella vita quotidiana. Il tempo di apprendere deve servire soprattutto ad imparare e a reimparare a lavorare, il tempo del lavoro deve diventare sempre più anche un tempo di apprendimento e sviluppo di competenze. Oggi la formazione nel senso del lifelong learning, costituisce il nuovo scenario entro cui collocare i bisogni, le aspirazioni di continuare ad apprendere e di formarsi per poter affrontare i possibili cambiamenti. Ciascun professionista trova nelle norme deontologiche, che regolano il proprio agire, un richiamo all'obbligo di impegnarsi nell'apprendimento continuo ed inoltre viene anche sollecitato verso una nuova responsabilità che comporta l'introduzione nella pratica professionale di criteri di efficienza e di meccanismi di controllo e valutazione delle prestazioni e dei risultati.

L'Azienda USL Toscana Centro, mediante la formazione, la ricerca e l'innovazione organizzativa e tecnologica, garantisce qualità, sicurezza ed efficacia delle prestazioni erogate; a tal fine, attraverso il piano di formazione, si impegna a mantenere, consolidare e migliorare le competenze interne necessarie ad innalzare le performance e gli standard qualitativi erogati e a favorire il trasferimento e lo sviluppo di conoscenze e di buone pratiche ai propri professionisti.

5.4.3. Il Piano Annuale della Formazione

L'art. 7 comma 4 del D.Lgs. 165/01 e s.m.i. stabilisce che *"Le amministrazioni pubbliche curano la formazione e l'aggiornamento del personale, ivi compreso quello con qualifiche dirigenziali, garantendo altresì l'adeguamento dei programmi formativi, al fine di contribuire allo sviluppo della cultura di genere della"*

pubblica amministrazione". Il D. Lgs. 502/92 e s.m.i. ha dettato disposizioni in materia di formazione continua in medicina, definendone finalità, i soggetti coinvolti e le modalità di attuazione. Disposizioni in materia di formazione sono contenute anche nei CCNLL del personale del comparto, della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, tecnica professionale ed amministrativa. La DGRT 153/2019 concernente "Approvazione del manuale regionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM e del manuale del professionista sanitario. Aggiornamento disciplina su sponsorizzazione, conflitto d'interessi e pubblicità nella formazione continua in sanità. Revoca DGR 1284/2017", stabilisce che le aziende elaborino un Piano Annuale della Formazione (PAF) che deve essere inviato all'ente accreditante, ovvero la Regione Toscana, entro il 28 febbraio dell'anno al quale si riferisce la programmazione e deve contenere gli obiettivi formativi strategici corredati di indicatori, che consentano all'azienda di valutare la propria attività, l'elenco degli eventi formativi programmati con indicato l'obiettivo nazionale cui si riferiscono, il titolo, il target utenza, il responsabile scientifico, ove già individuato, l'arco temporale di realizzazione, la presenza di docenti extra SST e la tipologia di formazione utilizzata, patrocini e le sponsorizzazioni, ove già individuati, gli strumenti e tempi di verifica qualitativa e quantitativa, le modalità di diffusione del piano all'interno dell'Azienda e le attività da porre in essere per garantire equità di accesso alla formazione e le risorse finanziarie.

L'Azienda USL Toscana Centro, in quanto *"provider ECM standard"* a seguito della verifica effettuata in data 18/03/2022, avvalendosi della SOC Formazione del Dipartimento Risorse Umane, ha la responsabilità di erogare formazione ai professionisti sanitari, attribuendo crediti ECM alle attività formative, conformemente alla normativa vigente; agisce garantendo la coerenza e la qualità scientifica dei progetti formativi realizzati, la trasparenza dei finanziamenti, l'assenza di pubblicità a prodotti sanitari e si impegna a rispettare le indicazioni nazionali e regionali. L'Azienda USL garantisce altresì la formazione a tutto il personale dipendente e convenzionato.

Il PAF viene redatto annualmente tenendo conto di:

- obiettivi nazionali, regionali e strategici aziendali;
- analisi criticità organizzative e fabbisogni formativi emersi e trasformati in proposte progettuali;
- obblighi normativi;
- politiche di sviluppo delle risorse umane;
- sviluppo innovazioni tecnologiche ed organizzative;
- programmazione assunzioni;
- incentivazione formazione *"in house"*, al fine di ottimizzare le risorse disponibili e valorizzare il personale dipendente come risorsa attiva nel processo formativo;
- incentivazione della formazione sul campo per la sua efficacia in termini di apprendimento e di possibile sviluppo organizzativo;
- incentivazione della formazione a distanza, sincrona e asincrona, sperimentata ed avviata nella situazione emergenziale correlata alla pandemia Covid 19;
- promozione della formazione multiprofessionale e interdipartimentale.

5.4.4. Gli obiettivi formativi strategici e priorità aziendali

La Direzione Aziendale definisce gli obiettivi formativi strategici e le linee generali di indirizzo. Di seguito sono riportati gli obiettivi dell'anno 2022, con una descrizione delle rispettive aree di sviluppo professionale-formativo:

1. Garantire la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini con efficacia, efficienza, tempestività, appropriatezza e sicurezza

L'attuale organizzazione sanitaria richiede nuovi ruoli professionali, nuovi strumenti e un ripensamento della presa in carico del cittadino, perché sia il più possibile personalizzata, univoca, condivisa a tutti i livelli di cura in modo da garantire risposte efficaci, efficienti appropriate e sicure. Occorre passare dall'idea di curare la malattia a quella di farsi carico dell'utente e questo comporta la necessità di introdurre modelli di lavoro multidisciplinari per percorsi e obiettivi, con definizione di linee guida e protocolli, e presuppone la creazione di team multidisciplinari capaci di operare secondo tale impostazione concettuale. Oggi le aziende sono chiamate ad erogare prestazioni sempre più riconducibili ad un'alta complessità tecnologica ed organizzativa, modulate in relazione ai bisogni del cittadino, coinvolgendo i professionisti nella presa in carico, nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali sociali integrati ma soprattutto percorsi omogenei tra le varie strutture che fanno parte dei nuovi Dipartimenti, superando l'individualismo, la variabilità dei comportamenti, la frammentazione e la dispersione. La formazione dovrà mirare al continuo sviluppo di competenze professionali in un'ottica di miglioramento continuo e a supportare le modifiche degli atteggiamenti culturali che ogni grosso cambiamento comporta ed un accento particolare va posto sull'opportunità di valorizzare ulteriormente percorsi formativi interdisciplinari.

2. Valorizzare il capitale umano in modo da offrire un sistema di alte competenze a garanzia dei diritti e dei bisogni di benessere della popolazione e dei professionisti

In un contesto organizzativo complesso e caratterizzato dall'alta specializzazione, risulta determinante una politica del personale flessibile e che si adatti efficacemente alla realtà quotidiana, con strumenti dinamici e modulari. Lo sviluppo delle risorse umane include tutte le attività tese ad accrescere la professionalità e le competenze dei dipendenti e in quest'ottica diventa prioritario identificare le esigenze di crescita dei professionisti (analisi fabbisogni), selezionare le tecniche più adatte per rafforzare la professionalità ed offrire supporto agli operatori nella loro crescita professionale. Lo sviluppo delle competenze professionali avviene nel rispetto del potenziale e delle aspettative personali tramite il coinvolgimento, nell'attività aziendale e della struttura di appartenenza, di tutti i professionisti ed operatori con particolare riferimento ai neo assunti.

3. Valorizzare le competenze dei professionisti e sostenere gli stessi all'interno dei nuovi modelli organizzativi e modelli di care anche alla luce di quanto appreso durante l'epidemia da SARS-COV-2

La gestione della pandemia da COVID-19 ha dimostrato definitivamente che l'assetto attuale del SSR ha un punto di evidente debolezza nel territorio, sul quale è stato necessario allineare i servizi ai bisogni della comunità. La necessità di ridurre gli accessi in ospedale, per ragioni di sicurezza e per disporre di spazi da

dedicare alle attività cliniche di contrasto alla pandemia, ha obbligato ad accelerare processi di innovazione organizzativa e tecnologica. Il primo dei due obiettivi della Missione 6 del PNRR, dedicata alla salute, si occupa infatti delle reti di prossimità, delle strutture intermedie e della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Si punta esplicitamente al rafforzamento di cure ed assistenza sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina e ad una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. La stagione post-pandemica, si apre in teoria con i migliori presupposti per un riassetto significativo del territorio: da una parte la consapevolezza, derivata dalla gestione della pandemia, di dover investire su quest'area dell'offerta di cure ed assistenza, dall'altra la presenza, finalmente, di risorse certe e rilevanti da utilizzare a questo scopo. Pertanto gli enti del SST, sempre più sono chiamati a definire in modo partecipativo, in chiave prospettica, le competenze di cui hanno assoluta necessità, per poi governarle in un approccio globale di knowledge management, confermando il sistema dell'Educazione Continua in Medicina, su una base rinnovata di definizione dei ruoli e delle competenze distintive per agire in condizioni di lavoro in continua evoluzione.

4. Promuovere la cultura della salute e sicurezza sul lavoro attraverso interventi di prevenzione e gestione dei rischi attuali, nuovi ed emergenti

L'Azienda considera la salute e la sicurezza dei lavoratori priorità nel proprio modo di operare, pertanto si impegna nel raggiungimento, mantenimento e rispetto dei requisiti di tutela dei lavoratori e della salubrità degli ambienti di lavoro definiti dalla specifica normativa. L'obiettivo di "migliorare le condizioni di sicurezza di un ambiente di lavoro" si raggiunge, attraverso un'analisi capillare dei processi e delle attività e con la "formazione specifica" attraverso la quale promuovere una cultura della sicurezza e stimolare i lavoratori a prendersi cura della propria salute e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, utilizzare correttamente le attrezzature, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto e i dispositivi di protezione, osservare le disposizioni e le istruzioni impartite a livello aziendale in materia di sicurezza. Con la formazione si intende sviluppare nel lavoratore quel complesso di conoscenze e comportamenti indispensabili per ridurre i rischi e tutelare la sicurezza personale; con l'informazione i lavoratori imparano, invece, a riconoscere e di conseguenza a ridimensionare e a controllare i rischi presenti in azienda ed, infine, tramite l'addestramento i lavoratori si esercitano ad utilizzare le attrezzature, i macchinari, i dispositivi e tutte le strumentazioni che servono per le fasi di lavoro con l'obiettivo fondamentale di prevenire i danni alla salute che possano derivare dall'attività lavorativa, in relazione alla specifica mansione cui ogni lavoratore è adibito.

5. Promuovere l'applicazione e lo sviluppo condiviso di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali-sociali (PDTAS) che garantiscano, attraverso la rete, uniformità dell'offerta, equità di accesso ai servizi e ottimizzazione delle risorse

Al fine di rendere l'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie ancora più forte e più operativa e rispondere in maniera coordinata ai bisogni che necessitano di risposte socio-sanitarie, garantendo una presa in carico totale, è stata l'introduzione PDTAS (Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali sociali), strumento principale di lavoro ad oggi impiegato dai team multi professionali. L'articolazione e integrazione delle prestazioni e degli interventi si esplica nei PDTAS, in cui il contributo di ogni segmento e attore del percorso è facilitato dal miglioramento del supporto fornito dagli strumenti informativi e da sistemi intelligenti per le decisioni cliniche. L'impegno futuro della formazione per l'implementazione dei PDTAS è mettere a punto percorsi di formazione, nell'ambito della cronicità, per approfondire gli aspetti clinici, necessari per un'adeguata valutazione del paziente, arricchiti con quelli relazionali e comunicativi, per capire la singolarità della persona malata con quello economico-gestionale e sviluppare l'efficienza, uniformità dell'offerta, equità di accesso ai servizi e ottimizzazione delle risorse.

6. Garantire qualità e sicurezza nelle cure e nell'assistenza

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi prioritari che l'azienda si pone; le misure e gli interventi finalizzati alla sicurezza delle cure e delle procedure clinico assistenziali, e alla tutela dei pazienti che ad esse si sottopongono, rappresentano parte integrante ed essenziale delle professioni sanitarie. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per la attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare. La sicurezza dei pazienti quindi si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico che consente di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando comunque il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità. Rafforzare le competenze dei professionisti è una priorità essenziale per cui la formazione costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.

7. Garantire l'integrazione socio-sanitaria fra assistenza territoriale e specialistica in una logica di rafforzamento della governance territoriale

L'implementazione di modelli organizzativi che garantiscano la continuità dell'assistenza tra territorio-ospedale-territorio che attraverso la sinergia di tutti gli attori e le figure professionali coinvolte e, al contempo, un impiego coordinato e ottimale delle risorse garantisca una risposta di qualità al cittadino rappresenta un importante traguardo. Le strategie di integrazione fra i percorsi ospedalieri e territoriali devono trovare piena rispondenza all'interno della programmazione aziendale e di conseguenza nella formazione continua. Per perseguire con più efficacia gli obiettivi di salute e l'uniformità delle prestazioni risulta importante la formazione per l'implementazione di competenze specifiche in modo da innalzare

la qualità dei servizi, consentendo di effettuare interventi sempre più efficaci, efficienti ed appropriati e deve proseguire nel tempo per continuare a garantire il raggiungimento di risultati di qualità.

8. Promuovere la gestione del rischio clinico nel rispetto della normativa vigente

Il governo clinico è una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento e/o mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale. Ciò si realizza tramite un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non si tratta solo di intervenire sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma di indirizzare i sistemi assistenziali verso il raggiungimento e/o mantenimento di elevati standard anche grazie ad azioni trasversali quali la gestione del rischio clinico, la sicurezza del paziente, la comunicazione professionale, l'uso dei farmaci, l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali, la valutazione degli esiti delle cure. L'attuazione del governo clinico richiede un approccio di sistema, realizzato grazie all'integrazione di numerosi strumenti complementari quali formazione continua, gestione del rischio, audit clinico, evidence-based medicine, linee guida e percorsi assistenziali, valutazione e innovazione delle tecnologie sanitarie, sistemi informativi per la valutazione degli indicatori di processo e di esito, ricerca e sviluppo, coinvolgimento dei pazienti. Tali strumenti non possono essere utilizzati in maniera occasionale e afinalistica, ma devono essere integrati in tutti i processi di governo dell'organizzazione sanitaria e nel rispetto dei requisiti dell'accreditamento istituzionale. L'attenzione all'efficacia e all'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni sanitarie è parte integrante dell'agire dell'azienda sanitaria e dei suoi professionisti. In questo contesto la formazione rappresenta la "tecnologia" che facilita la connessione e la coerenza tra le logiche del governo clinico, dei professionisti e dell'organizzazione. Diventa, cioè, un sistema di gestione dei processi di apprendimento-cambiamento che, nel caso del governo clinico, risultano complessi e di grande portata.

9. Garantire l'appropriatezza dei percorsi di cura, in un'ottica di equità, compatibilità e sostenibilità dell'intero sistema

L'attenzione all'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni sanitarie e la sostenibilità è parte integrante dell'agire dell'azienda sanitaria e dei professionisti. Tener conto dei fenomeni epidemiologici, demografici e sociali in atto e lavorare al progressivo riadattamento di servizi, in scenari in continua evoluzione è fondamentale per poter rispondere con una prospettiva di sistema equo ed adeguato per la tutela della salute. La sostenibilità del sistema, va letta nella sua duplice dimensione: sostenibilità per i pazienti, ai quali viene assicurata la tipologia di cure e di assistenza più appropriata nel luogo più idoneo, tenendo conto delle esigenze di personalizzazione e di umanizzazione. Sostenibilità per il sistema, che utilizza le risorse al meglio, evitando inutili sprechi, e creando le condizioni per rispondere ai nuovi bisogni di cura ed assistenza e garantire equità di accesso alla innovazione scientifica e tecnologica. Elementi che fanno della medicina, con la sua attenzione per la prevenzione e la promozione della salute, e per la presa

in carico in tutte le sue fasi, dalla diagnosi alla riabilitazione, uno dei paradigmi intorno ai quali potrà ruotare il futuro dei sistemi sanitari universalistici. La formazione continua rappresenta pertanto un elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e performance dei professionisti con le trasformazioni determinate dall'evoluzione dei bisogni sanitari, dai mutamenti della domanda, dalla richiesta di maggiori e qualificate competenze scientifiche e tecnologiche, nonché dall'evoluzione dei modelli organizzativi ed operativi.

5.4.5. Elementi di coerenza del PAF con le politiche aziendali di sviluppo delle risorse umane, innovazioni organizzative e tecnologiche

Il PAF, come indicato dalla DGRT 153/2019, deve dare evidenza della coerenza rispetto a tre ambiti pre definiti, ovvero:

1. Politiche aziendali per lo sviluppo delle risorse umane
2. Innovazioni organizzative aziendali
3. Innovazioni tecnologiche aziendali.

È necessario descrivere per l'anno del piano le connessioni esistenti.

5.5. Politiche Aziendali per lo Sviluppo delle Risorse Umane

La gestione della risorsa umana rappresenta il pilastro dell'intera gestione di un'azienda, attività particolarmente complessa visto che si tratta di dotare l'azienda delle professionalità necessarie e di assicurarsi che le persone inserite nell'organizzazione siano motivate al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Solo nel momento in cui un'azienda riuscirà a convogliare il comportamento dei propri professionisti verso gli obiettivi strategici si svilupperà una gestione efficace ed efficiente. Una buona gestione delle risorse umane contribuisce non solo a migliorare il rendimento di singoli/gruppi, ma consente anche di ridurre comportamenti di disaffezione che si possono tradurre in assenteismo, turnover e ritardi nei processi operativi.

L'Azienda USL Toscana Centro pone al centro del proprio sistema la risorsa umana dal momento che la qualità dell'assistenza è fondata in gran parte sulla competenza, responsabilità e capacità delle persone di lavorare insieme.

Per l'anno 2022 l'azienda intende investire in particolare sui dipartimenti clinico assistenziali, attraverso corsi di formazione specifici si vuole rafforzare le capacità di lavorare come squadra, migliorare la capacità di creare e mantenere relazioni solide e positive con persone di altre professioni, favorire la strutturazione di nuovi "schemi di gioco" e l'esplicitazione di "regole" condivise e costruire una forte coesione indispensabile di fronte a difficoltà e sfide comuni.

5.5.1. Innovazioni Organizzative Aziendali

L'innovazione organizzativa è essenziale per un sistema sanitario efficace, moderno ed efficiente, le innovazioni promettono migliore organizzazione dell'assistenza, maggiore efficacia e costo-efficacia dei trattamenti e dei servizi e riduzione dell'impatto delle malattie, soprattutto di quelle croniche.

L'innovazione organizzativa è inoltre essenziale per accompagnare e consentire l'innovazione tecnologica che, senza appropriati ripensamenti dei processi e dei modelli organizzativi, rischierebbe di comportare soltanto nuovi costi.

L'adozione da parte dell'azienda di pratiche organizzative avanzate e innovative è sicuramente un fattore che spiega la crescente domanda di professionisti competenti e allo stesso tempo i cambiamenti nell'organizzazione del lavoro possono essere considerati come una conseguenza dell'innalzamento dei livelli di competenza degli operatori.

A livello di assistenza ospedaliera si sta consolidando il modello organizzativo per intensità di cure e assistenza infermieristica per cellula. E' stato messo a disposizione degli operatori il "visual hospital", strumento di gestione visuale condiviso da medici e infermieri che riporta, in un planning, il piano per ogni paziente, attraverso il quale analizzare la situazione dei singoli setting, facilitando gli operatori nella programmazione e gestione dell'intero percorso di cura fino alla dimissione. A livello di assistenza territoriale si sta consolidando il modello dell'infermiere di famiglia e di comunità che prevede una presa in carico globale, da parte dell'infermiere, della salute della collettività, sviluppando un modello e percorsi che sostengano una forte integrazione con gli altri professionisti territoriali. L'infermiere è il riferimento per una popolazione geograficamente definita e conosciuta e sarà, in sinergia con il medico curante, la figura sanitaria qualificata che si occuperà dell'intero gruppo familiare. Ovviamente per la realizzazione di questi "cambiamenti di cultura", la formazione diventa un elemento essenziale, in quanto permette l'acquisizione di competenze professionali necessarie a ricoprire tale ruolo.

5.5.2. Innovazioni Tecnologiche Aziendali

Il concetto di innovazione tecnologica va inteso in senso ampio in quanto fa riferimento all'insieme di attrezzature sanitarie, dispositivi medici, farmaci, sistemi diagnostici, software, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali e assetti strutturali, organizzativi e gestionali nei quali avviene l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Gli investimenti tecnologici mirano al miglioramento della digitalizzazione delle strutture sanitarie, contribuendo ad aumentare la produttività del personale, attraverso un miglioramento delle operazioni ospedaliere, della qualità dei processi, grazie anche all'utilizzo di tecnologie all'avanguardia (es. sistemi informativi intelligenti, controllo delle strutture e sistemi di trasporto automatici...). Nel corso degli ultimi anni l'azienda ha provveduto ad unificare, integrare e aggiornare gli applicativi software nell'ottica dell'omogeneizzazione dei percorsi clinici.

Le numerose integrazioni realizzate hanno consentito percorsi informatici ottimizzati e migliorato l'ergonomia di utilizzo degli applicativi da parte del personale, oltre ad agevolare la convergenza dei processi verso un'unica organizzazione. Continua la formazione sulla cartella clinica elettronica ospedaliera (ARGOS) e sul sistema informativo dei servizi territoriali ASTER-Cloud in uso alle zone distretto per la gestione della cartella sociale integrata, del percorso della Non autosufficienza ed in prospettiva anche della disabilità; tale sistema faciliterà la presa in carico dei cittadini dalla segnalazione del bisogno alla conclusione del percorso.

Continua inoltre l'investimento su sistemi informativi importanti quali quello della contabilità, della prevenzione (SISPC) e quello per la gestione della valutazione dei rischi e per la connessa formazione per l'Area Salute e Sicurezza dei lavoratori (CANOPO).

Un importante investimento è previsto in area chirurgica attraverso l'utilizzo di stampanti 3D per una migliore preparazione di interventi complessi e potenzialmente a rischio e allo stesso tempo facilitare il dialogo con pazienti e familiari. L'utilizzo di stampanti 3D, per realizzare modelli tridimensionali del sito chirurgico di intervento, riproducendo esattamente la sua specifica anatomia e con essa la problematica sulla quale è necessario intervenire, permette di studiare meglio l'intervento, testare quello che si potrebbe incontrare in sala operatoria, decidere con maggiore cognizione di causa la metodica più adatta.

5.6. Il percorso di pianificazione e monitoraggio del Piano Aziendale di Formazione

Il piano della formazione, in riferimento al contesto aziendale, stabilisce le linee generali di indirizzo per una corretta gestione dei percorsi formativi e traduce le strategie in obiettivi operativi definendo contenuti, tempi e destinatari della formazione. È uno strumento di pianificazione/programmazione per la gestione e la valorizzazione delle risorse umane, consente di sviluppare competenze professionali, gestionali ed operative per la realizzazione dei programmi dell'azienda ed il conseguimento dei risultati attesi. Viene elaborato con periodicità annuale sulla base dei bisogni formativi degli operatori. Da un punto di vista metodologico, la formazione è tanto più efficace quanto più è fondata sui bisogni formativi e sugli obiettivi strategici dell'organizzazione. L'analisi dei fabbisogni formativi rappresenta la prima fase del processo formativo e precede le fasi di progettazione, realizzazione dell'intervento, valutazione dei risultati e dell'efficacia dell'intervento stesso. La rilevazione dei fabbisogni è fondamentale per verificare la "reale" necessità di interventi formativi nel contesto lavorativo, per fissare obiettivi e risultati da raggiungere e per decidere quali siano le metodologie e gli strumenti maggiormente idonei a svolgere efficacemente l'intervento di formazione. Una corretta ed efficace analisi dei fabbisogni formativi non deve limitarsi alla raccolta dei bisogni espressi dall'organizzazione e derivanti dalla rilevazione di una differenza tra le attese dell'azienda e le capacità effettive espresse dei lavoratori, ma deve tener presente anche le potenzialità, le motivazioni, le aspettative degli utenti stessi del processo formativo.

Le linee generali di indirizzo, approvate dalla Direzione Aziendale, sono trasmesse alle Organizzazioni Sindacali o Organismi Paritetici allo scopo di garantire il loro coinvolgimento come previsto dai Contratti Nazionali vigenti.

Le linee generali sono presentate ed analizzate durante apposite riunioni con i direttori di struttura, animatori ed altri referenti identificati dagli stessi direttori ed in tal modo si dà avvio all'analisi dei bisogni formativi ed alle successive fasi che porteranno all'elaborazione del PAF da parte della SOC Formazione.

Con periodicità semestrale, la SOC Formazione procede alla verifica intermedia e successivamente finale dello stato di attuazione del piano, avvalendosi di un set di indicatori di seguito riportati, nonché alla verifica di nuove esigenze, provvedendo, se necessario, ad intervenire con eventuali piani di miglioramento.

5.6.1. Strumenti quantitativi e qualitativi di verifica e monitoraggio del PAF

La verifica e valutazione del PAF è continua e si basa sul monitoraggio di indicatori, riferibili a standard attesi, sia sul piano quantitativo che qualitativo.

Per la parte qualitativa viene prevista una valutazione d'impatto su specifici progetti formativi. Tale valutazione può essere fatta su tre livelli: performance degli operatori, impatto sull'utenza e sui costi, che non sono escludenti tra loro; nello stesso progetto si possono valutare più ambiti. La valutazione della performance riguarda l'acquisizione delle competenze e il loro trasferimento all'ambito lavorativo; l'impatto sull'utenza può riguardare sia l'utente interno che esterno, si valutano i benefici apportati con la formazione dei professionisti e la loro ricaduta all'interno dei servizi offerti; l'impatto economico valuta l'eventuale risparmio o il minor costo ottenuto effettuando lo stesso servizio dopo un cambiamento ottenuto con un progetto formativo. Dal momento che si tratta di un'attività complessa e in alcuni casi onerosa, è da attivare per azioni formative che concorrono a generare impatti significativi, o a rispondere a interrogativi rilevanti o a fornire orientamenti pratici utili per il futuro. In accordo con i Dipartimenti sono identificati i contesti nei quali "investire" sulla valutazione della ricaduta organizzativa, scegliendo le azioni formative maggiormente legate alla realizzazione di obiettivi strategici, progetti di innovazione, nuove politiche.

Monitoraggio indicatori quantitativi

A scopo esemplificativo dell'attività formativa svolta, si riportano di seguito gli indicatori di monitoraggio quantitativo e qualitativo riferiti al PAF dell'anno 2021.

Gli eventi formativi, previsti nel PAF 2021 approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 168 del 05/02/2021, sono complessivamente n. 1385 e ne sono stati realizzati n. 993. La percentuale di realizzazione è stata pari al 71,70% a fronte di una soglia di accettabilità del 50%. Gli eventi realizzati non ECM sono n. 89, pari all'8,96% degli eventi complessivamente realizzati.

Gli indicatori sono sintetizzati e riepilogati nella tabella seguente:

n.	INDICATORI livello accettabilità atteso al 31.12.	INDICATORI livello raggiunto al 31.12.21
1	Personale formato/personale coinvolto \geq 70%	n. 13084 Personale formato/n. 14978 personale coinvolto= 87,35 %
2	N. partecipazioni agli eventi formativi che hanno acquisito crediti ECM/partecipanti con obbligo ECM \geq 80%	N. 42033 partecipazioni agli eventi formativi che hanno acquisito crediti ECM/n. 49086 partecipanti con obbligo ECM= 85,63%
3	Grado di soddisfazione dei discenti \geq 3 (range 0 – 5)	4,26
4	N. verifiche di impatto su performance degli operatori realizzate/n. verifiche di impatto previste da PAAF = 100%	n. 4
5	N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti PAAF \geq 50%	N. 993 eventi realizzati/N.1385 eventi totali previsti PAF 71,70 %
6	Personale coinvolto/personale programmato (a ruolo dipendente) 60%	n. 13084 Personale coinvolto/n. 14978 personale programmato (a ruolo dipendente) = 87,35 %
7	Personale coinvolto/personale programmato (a ruolo convenzionato) 60%	n. 932 Personale coinvolto/n. 1746 personale programmato (a ruolo convenzionato) = 53,38 % *
8	Credito medio	n. 27,95
9	Totale crediti erogati (comprensivi di tutte le edizioni)	n. 349.700

Monitoraggio indicatori qualitativi

Sono stati realizzati n. 833 percorsi multiprofessionali che rappresentano l'83,89% degli eventi complessivamente realizzati.

La formazione sul campo (FSC) è stata utilizzata prevalentemente per l'acquisizione di competenze di tipo tecnico professionale legate al profilo ed all'ambito lavorativo. Il numero degli eventi di FSC è pari a 425 corrispondente al 42,80% degli eventi complessivamente realizzati.

Sono stati progettati e realizzati 175 percorsi di formazione a distanza, FAD, corrispondente al 17,62% degli eventi complessivamente realizzati.

Gli eventi Blended realizzati sono 33 e corrispondono al 3,32% degli eventi complessivamente realizzati.

Inoltre sono stati realizzati 6 progetti di ricerca, pari allo 0,60% degli eventi complessivamente realizzati. I dati sopraesposti sono sintetizzati e riepilogati nella tabella seguente:

Tipologia eventi	Dati eventi realizzati PAF 2021	Percentuale su tot. eventi
Eventi multiprofessionali	N. 833 totale eventi multiprofessionali	83,89 % Percentuale degli eventi multiprofessionali sul totale degli eventi realizzati
Eventi FSC	N. 425 totale eventi FSC realizzati	42,80% Percentuale degli eventi FSC sul totale degli eventi realizzati
Eventi FAD	N. 175 totale eventi FAD realizzati	17,62% Percentuale degli eventi FAD sul totale degli eventi realizzati
Eventi Blended	N. 33 totale eventi Blended realizzati	3,32% Percentuale degli eventi Blended sul totale degli eventi realizzati
Eventi di Ricerca	N. 6 totale eventi di ricerca realizzati	0,60% Percentuale degli eventi di ricerca sul totale degli eventi realizzati

Nel PAF 2022 sono previste 1363 per un totale di 3976, Le iniziative di formazione aziendale sono 1347 per 3938 edizioni e, in base alla tipologia di formazione, sono distribuite nel seguente modo:

Tipologia di formazione	N.
Audit	35
Audit rischio clinico	10
Blended	42
Comunità di apprendimento o di pratica	3
Convegno, Congresso, Simposio, Conferenza	10
Corso	406
E-learning (FAD)	24
FAD sincrona	76
Focus Group	1
M&M	55
Pdta integrati e multiprofessionali	2
Ricerca	7
Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento	392
Seminario, Giornata di studio, Consensus Meeting	139
Simulazione (DGR 254/2013)	9
Tirocinio, Stage	4
TOJ, Addestramento pratico	80
Videoconferenza	52
Totale complessivo	1347

Gli eventi di formazione innovativa (FAD, formazione sul campo, blended e ricerca) sono 739 pari al 54,86% del PAF.

Vi sono inserite anche 16 iniziative di formazione regionale e area vasta per un totale di 38 edizioni.

Gli obiettivi formativi strategici a maggiore impatto, rispetto agli eventi programmati in base ai bisogni formativi, sono stati:

Obiettivi formativi Strategici	n. iniziative PAF 2022
Promuovere la cultura della salute e sicurezza sul lavoro attraverso interventi di prevenzione e gestione dei rischi attuali, nuovi ed emergenti	Previste 77 iniziative per complessive 662 edizioni ed oltre 30.000 operatori da formare
Garantire la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini con efficacia, efficienza, tempestività, appropriatezza e sicurezza	Previste 503 iniziative per complessive 1326 ed oltre 26.000 operatori da formare
Valorizzare il capitale umano in modo da offrire un sistema di alte competenze a garanzia dei diritti e dei bisogni di benessere della popolazione e dei professionisti	Previste 366 iniziative per un totale di 941 edizioni e 30.000 operatori da formare
Promuovere l'applicazione e lo sviluppo condiviso di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali-sociali (PDTAS) che garantiscano, attraverso la rete, uniformità dell'offerta, equità di accesso ai servizi e ottimizzazione delle risorse	Previste 159 iniziative per complessive 355 edizioni e 7.000 operatori da formare
Garantire qualità e sicurezza nelle cure e nell'assistenza	Previste 80 iniziative per un totale di 275 edizioni ed oltre 8.000 operatori da formare

5.6.2. Formazione a distanza

L'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del COVID-19 ha determinato un improvviso cambiamento nelle organizzazioni e di conseguenza nei professionisti impegnati a gestire la fase emergenziale.

Anche la formazione, che non si è mai fermata ma ha accompagnato gli operatori nell'acquisizione delle competenze necessarie alla gestione della nuova casistica, ha subito una notevole evoluzione passando dalla tradizionale formazione d'aula alla formazione a distanza sincrona e asincrona.

L'Azienda USL Toscana Centro si è dotata degli strumenti necessari per bypassare le criticità di erogare la formazione in presenza. Grazie alle piattaforme acquisite, GoToWebinar e GoToMeeting, i professionisti hanno avuto la possibilità di seguire i corsi da qualsiasi luogo, di interagire con i docenti in tempo reale e di condividere contenuti con persone situate a distanza. Anche la semplicità di utilizzo è un elemento da tenere in considerazione infatti, per fruire dei corsi non sono state necessarie specifiche competenze informatiche, ma sufficiente disporre di una connessione internet e di una strumentazione idonea alla ricezione di informazioni. Questa metodologia didattica si è rivelata una scelta strategica anche dal punto di vista economico, non solo per l'azienda ma anche per il dipendente che evita lunghi e onerosi spostamenti per recarsi nei luoghi di formazione tradizionali.

5.6.3. Risorse finanziarie

Per l'anno 2022 l'Azienda USL Toscana Centro ha previsto un investimento pari ad € 1.500.000,00 e sono così suddivisi:

- € 1.300.000,00 sono destinati all'aggiornamento obbligatorio collettivo
- € 200.000,00 sono riservati all'aggiornamento obbligatorio individuale.

I dati sopraesposti sono suddivisi e riepilogati nella tabella seguente:

Tipologia	Percentuale sul totale	Euro previsti
Aggiornamento obbligatorio collettivo: formazione area salute e sicurezza formazione area accreditamento proposte presentate dalla direzione formazione competenze avanzate area emergenza urgenza (ALS, ATLS, Cadaver Lab)	33,33%	€ 500.000,00
Aggiornamento obbligatorio collettivo: proposte formative presentate dai singoli dipartimenti	40,00%	€ 600.000,00
Aggiornamento obbligatorio collettivo: proposte formative per lo sviluppo clinico assistenziale (fondo di riserva)	13,33%	€ 200.000,00
Aggiornamento obbligatorio individuale	13,33%	€ 200.000,00

6. Monitoraggio

In considerazione della stesura eccezionalmente ritardata del PIAO 2022-2024 e della contemporanea presenza degli strumenti programmatori previgenti, solo per questa edizione, per il monitoraggio del PIAO si rimanda al monitoraggio dei singoli strumenti programmatori accorpati nel PIAO.

7. Fonti

Normativa

PIAO

- Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all’attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia
- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni
- Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” e successive modificazioni
- Decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, recante “Riforma dell’organizzazione del Governo, a norma dell’articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59” e successive modificazioni

Anticorruzione e trasparenza

- Decreto Legge 30 aprile 2022, n. 36 «Ulteriori misure urgenti per l’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)»
- Legge 6 agosto 2021, n. 113 «Conversione in legge, con modificazioni, del DL 9 giugno 2021, n. 80, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del PNRR e per l’efficienza della giustizia»
- Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 «Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)»
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 «Piano Nazionale Anticorruzione 2019»
- Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 «Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera l quater, del d.lgs. n. 165 del 2001»
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 «Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato»
- Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 «Piano Nazionale Anticorruzione 2016»
- D.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i. «Codice dei contratti pubblici»
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 «Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione»
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e s.m.i. «Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»
- D.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e s.m.i. «Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190»

- D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i. «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i. «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione»
- D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i. «Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni»
- Legge Regionale Toscana 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i. «Disciplina del servizio sanitario regionale»
- D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. «Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE»
- D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., art. 54-bis «Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti»
- D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i. «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche»
- Legge 27 marzo 2001, n. 97 e s.m.i. «Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare ed effetti del giudicato penale nei confronti dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni»
- D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»
- Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. «Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi»
- Regolamento UE 2016/679 «Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE»
- Art. 51 del Codice di Procedura Civile «Astensione del giudice»

Performance

- Decreto Ministeriale 6 agosto 2020 recante “Istituzione dell’Elenco nazionale dei componenti degli Organismi indipendenti di valutazione della performance” e relativo Allegato A sui criteri di assegnazione dei crediti formativi.
- Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 2016, n.105, pubblicato in Gazzetta Ufficiale (Serie Generale) del 17 giugno 2016, n. 140, che regola le funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni.
- Legge 7 agosto 2015, n. 124 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.
- Decreto legge 24 giugno 2014, n.90, recante “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari.” Il decreto ha trasferito (vedi art. 19, comma 9) le funzioni dell’Autorità Nazionale Anticorruzione in materia di misurazione e valutazione della

performance, di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, al Dipartimento della funzione pubblica.

- Decreto legislativo 1° agosto 2011, n.141 Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3, della legge 4 marzo 2009, n. 15.
- Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.
- Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 recante “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”.

Sitografia

<https://www.funzionepubblica.gov.it/> - ultima consultazione il 24 giugno 2022

8. Definizioni

ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
DFP	Dipartimento della Funzione Pubblica
AUSL TC/Azienda	Azienda USL Toscana Centro
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PTPCT	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
PIAO	Piano Integrato di Attività e Organizzazione
DG	Direttore Generale
DS	Direttore Sanitario
DA	Direttore Amministrativo
DSS	Direttore dei Servizi Sociali
RPCT	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
GDL	Gruppo di lavoro a supporto del RPCT formato dal personale afferente la struttura SOS Anticorruzione e trasparenza
RESP	Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice
DIR	Direttore di Staff o di Dipartimento. il RESP ricopre anche il ruolo di DIR nel caso in cui la sua struttura non sia inserita in uno Staff o in un Dipartimento
REF	Referenti anticorruzione e trasparenza
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
UPD	Ufficio Procedimenti Disciplinari
SIATC	Servizio Ispettivo Aziendale
CRRA	Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione
RASA	Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
RUP	Responsabile del procedimento negli appalti e nelle concessioni previsto dall'art. 31 del D.Lgs 50/2016
Segnalante	Dipendente pubblico (e assimilati) che invia una segnalazione di illeciti (c.d. whistleblower)

Whistleblowing	Istituto di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti previsto dall'art. 54-bis del D.Lgs. 165/2001
Codici di comportamento	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 62/2013 e il Codice di comportamento aziendale di cui all'art. 54, comma 5 del D.Lgs. 165/2001
Conflitto di interessi	Una situazione di conflitto di interessi si configura quando le decisioni che richiedono imparzialità di giudizio sono adottate da un soggetto che ha, anche solo potenzialmente, interessi privati personali o di terzi, economici o non economici, in contrasto con l'interesse pubblico alla cui cura è preposto
Inconferibilità	Preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal D.Lgs. 39/2013 a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi e a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico
Incompatibilità	Obbligo per il soggetto a cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico

9. Elenco allegati

Allegato 1. Piano triennale della Performance 2022-2024

Allegato 2. Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024

Allegato 3. Piano triennale del Fabbisogno Di Personale 2022-2024

Allegato 1

Piano Triennale della Performance

2022-2024

Azienda USL Toscana Centro

Piano Triennale della Performance

2022-2024

Versione aggiornata al 28/02/2022



Indice

Il territorio dell’Azienda USL Toscana Centro	6
Mission	8
Organizzazione	10
Principali Attività e Servizi	13
Cure Primarie e Case della Salute.....	13
L’integrazione ospedale-territorio e le cure intermedie	14
L’assistenza domiciliare.....	15
La non-autosufficienza	16
La disabilità.....	17
Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS).....	17
L’emergenza-urgenza sanitaria	18
Assistenza ospedaliera	18
Assistenza specialistica ambulatoriale	19
Cure palliative	20
Attività consultoriali	21
Riabilitazione	21
Salute Mentale	22
Servizi per le Dipendenze	23
Prevenzione.....	23
Personale.....	24
Indirizzi Regionali e Programmazione Economica	25
La Pianificazione Triennale	27
Linee Strategiche.....	27
1. La prossimità fisica e digitale come valore di sistema rivolto alla centralità della persona.	27
2. La sanità digitale come volano di semplificazione, accessibilità e sostenibilità	28
3. Equità e tempestività di accesso alle cure	28
4. L’appropriatezza delle cure come paradigma per la sostenibilità	28
5. La comunicazione e la relazione col paziente come parte integrante e irrinunciabile della cura	29
6. La misura degli esiti delle cure	29
7. Semplificazione dei processi per crescere e liberare risorse	29
8. La dematerializzazione dei processi come elemento generativo di informazione	29
9. La tutela e salvaguardia della salute pubblica	30
10. La sanità che promuove lo sviluppo sostenibile	30
Obiettivi 2022 di performance organizzativa	31
1. Le cure di prossimità: servizi domiciliari, le Case di Comunità, l’infermiere di famiglia e comunità e il fisioterapista di comunità.....	31
2. L’Ospedale di Comunità (OsCO)	33
3. Le Unità di Continuità Assistenziale	33
4. Le Centrali Operative Territoriali: COT, “116117” e centrale infermieristica	34
5. I PDTAS Non Autosufficienza e Disabilità e le linee di intervento della Missione 5 del PNRR	34
6. Un ospedale sicuro e sostenibile.....	35
7. L’accesso ai servizi ed il recupero delle prestazioni arretrate	36
8. Lo sviluppo della Telemedicina e della Teleassistenza	36
9. La semplificazione e la digitalizzazione.....	36
10. L’appropriatezza prescrittiva	37
11. Gli esiti delle cure come elemento di qualità	37
12. La prevenzione e promozione della salute	37
Collegamento tra linee strategiche triennali e obiettivi di performance organizzativa 2022	38
La valutazione e la misurazione dei risultati di performance organizzativa	39
Dalla performance organizzativa alla performance individuale	43

Introduzione

Con il Piano della Performance si esplicitano, per il triennio 2022-2024, gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della Performance dell'Azienda UsI Toscana Centro, in coerenza a quanto previsto dal D.lgs. 150/2009, dal DPR 105/2016 e dal D.lgs. 74/2017, tenuto conto delle specifiche Linee Guida emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento Funzione Pubblica (Giugno 2017 e Dicembre 2017).

Il Piano ha valenza triennale, viene adottato annualmente e può essere aggiornato anche nel corso dell'anno in relazione a variazioni intervenute nella programmazione nazionale e regionale o a modifiche verificatesi nel contesto interno ed esterno.

Nella redazione del presente Piano si è tenuto in particolar conto:

- delle previsioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- della decisione n.36 del 20/12/2021 della Giunta regionale toscana con oggetto “PNRR – Missione 6 Salute – Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” - esiti lavoro di programmazione”
- della DGRT 1166 del 08/11/2021 “Indirizzi per la programmazione operativa annuale zonale (POA) per l’anno 2022 e tempistiche di approvazione”.
- della DGRT 843 del 02/08/2021 “Percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente”
- della DGRT 760 del 30/07/2021 “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 - componente 2 - misura 1.2 «Verso un ospedale sicuro e sostenibile»: individuazione del piano dei fabbisogni per interventi di edilizia sanitaria di adeguamento sismico”
- del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, coordinato con la legge di conversione 6 agosto 2021, n. 113, recante: «Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia.», con particolare riferimento all’Art. 6. “Piano integrato di attività e organizzazione”;
- degli sviluppi organizzativi conseguenti a quanto riportato nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 (PSSIR);
- delle previsioni del documento di Agenas “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”;
- del Programma Operativo Attuativo Annuale (POAA) della USL Toscana Centro (Delibera del Direttore Generale n.515/2017).

Nella fattispecie del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sono stati considerati i punti contenenti specifiche e innovative politiche dedicate alla sanità, ai servizi sociali e sociosanitari:

Missione 5, Componente 2 – Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore:

1. Rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità

Missione 5, Componente 3 – Interventi speciali per la coesione territoriale:

1. Rafforzamento della Strategia nazionale per le aree interne, attraverso misure a supporto del miglioramento dei livelli e della qualità dei servizi scolastici, sanitari e sociali

Missione 6 Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:

1. Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
2. Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
3. Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio
4. Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

Missione 6 Componente 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale:

1. Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
2. Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
3. Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni

Il territorio dell’Azienda USL Toscana Centro

L’AUSL Toscana Centro (AUSL TC) è l’Azienda con la più alta densità abitativa, oltre 1,6 milioni di cittadini in 5.000 Km²; la maggioranza della popolazione vive in comuni urbani, in particolare quelli dell’asse residenziale di Firenze, Prato e Pistoia. I comuni dell’AUTC sono 73, ovvero tutti i comuni della città metropolitana di Firenze, delle provincie di Prato e Pistoia oltre a 4 comuni della Provincia di Pisa. Il territorio è suddiviso in 4 otto Zone-Distretto (figura 1) ed informalmente in 4 Aree o Ambiti Territoriali (AT), coincidenti con i territori delle 4 ex ASL dalla cui unione è sorta l’AUSL TC.

Figura 1. Le otto zone-distretto



La densità di popolazione varia notevolmente fra le otto Zone-Distretto. È massima nella piana tra Firenze, Prato e Pistoia, e minima nel Mugello e; tale gradiente, in parte, contribuisce alle differenze territoriali in termini di stili di vita, esposizioni ambientali, profili economici e sociali. L’Area Territoriale Pistoiese coincide con la provincia di Pistoia e comprende nove comuni della Zona-Distretto Pistoiese e undici di quella della Valdinievole. Nella zona-distretto Pistoiese circa la metà della popolazione vive nel Comune di Pistoia; i comuni della Piana pistoiese, a sud, sono in continuità dell’asse metropolitano fiorentino e pratese, mentre a nord vi sono i Comuni con le caratteristiche delle aree montane.

L’AT Pratese coincide con la Zona-Distretto Pratese e con la provincia di Prato, dove si registra la densità abitativa più alta della Toscana e tra le più elevate in Italia. L’AT Fiorentino coincide con il territorio della Provincia di Firenze con esclusione degli undici comuni del comprensorio Empolese Valdelsa ed include quattro Zone-Distretto: Fiorentina, con il solo Comune capoluogo, Fiorentina Nord Ovest, con i 7 comuni della cintura metropolitana, con esclusione di Vaglia, tutti i comuni sono collocati nella piana fiorentina, Fiorentina Sud Est con prevalente carattere collinare, comprende il comune collinare di Fiesole, i comuni di Greve in Chianti, Impruneta e quelli della Val di Pesa, San Casciano, Tavarnelle e Barberino Val d’Elsa ed i comuni del Valdarno superiore (Figline e Incisa, Reggello e Rignano sull’Arno). La Zona-Distretto Mugello è geograficamente costituita da una larga conca circondata da colline e aree montuose appenniniche, con oltre il 70% di territorio boschivo, ha la più bassa densità abitativa dell’AUSL TC e tutti i suoi otto Comuni sono classificati come totalmente montani. L’AT Empolese, coincidente con la Zona-Distretto Empolese comprende undici comuni della Provincia di Firenze e quattro comuni pisani.

La complessità e la dimensione territoriale di Area Vasta Centro rafforzano la necessità di perseguire l'obiettivo di rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, sempre attenta alle peculiarità e alle problematiche locali.

Tabella 1. Caratteristiche del Territorio e Reddito delle zone socio-distretto dell'AUSL TC. Fonte: ISTAT Popolazione Residente e Ministero dell'Economia e delle Finanze anno 2019.

Zona sociosanitaria o Società della Salute e AUSL	Superficie (Km ²)	Densità popolazione (Ab/Km ²)	Popolazione in comuni montani (%)	Reddito € imponibile medio 2019
Pistoiese	699	247	8,4	20.176
Val di Nievole	265	453	0,0	18.992
Pratese	365	706	3,6	20.657
Empolese Valdelsa Valdarno	933	260	0,0	20.840
Fiorentina	102	3.636	0,0	25.734
Fiorentina Nordovest	333	630	2,5	21.946
Fiorentina Sudest	1.212	152	5,5	22.754
Mugello	1.131	56	100,0	20.437
AUSL Toscana Centro	5.041	322	6,4	22.078
AUSL Nord Ovest	6.389	199	14,2	21.100
AUSL Sud Est	11.557	72	17,2	20.341
<i>Regione Toscana</i>	<i>22.987</i>	<i>162</i>	<i>11,4</i>	<i>21.357</i>

Mission

L'Azienda USL Toscana Centro è una azienda pubblica di carattere sanitario e socio-sanitario, senza finalità di lucro la cui funzione è garantire la tutela della salute come diritto di cittadinanza e la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini, espressi in forma individuale o collettiva, attraverso promozione della salute, interventi appropriati di prevenzione, cura e riabilitazione. Eredita e sviluppa la positiva esperienza delle Aziende di Empoli, Firenze, Pistoia e Prato, al servizio di tutte le persone e a tutela della loro salute, impegnandosi con passione e responsabilità per assicurare e migliorare la qualità di vita e il benessere individuale dei suoi assistiti, mediante un'offerta assistenziale globale, personalizzata, sicura e basata sulle evidenze. Ha, come costituente essenziale, le qualità umane, morali e tecniche dei suoi professionisti, con una costante tensione verso la valorizzazione delle eccellenze già sviluppate all'interno delle singole preesistenti Aziende Sanitarie e ricondotte, come standard, nella sua dimensione organizzativa.

Vengono garantiti i livelli essenziali di assistenza anche consolidando l'integrazione fra assistenza territoriale e specialistica in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse. Attraverso la partecipazione degli Enti locali, delle forme sociali impegnate nel campo dell'assistenza (terzo settore), delle Associazioni degli utenti e delle Organizzazioni Sindacali dei lavoratori, persegue e vuole favorire lo sviluppo omogeneo e sostenibile del sistema sanitario. In particolare sostiene il coinvolgimento dei cittadini, dei pazienti e dei loro familiari nelle decisioni sulla salute sia a livello individuale sia collettivo. L'AUSL TC individua negli operatori e nel loro patrimonio professionale la principale risorsa su cui basare l'eticità, l'accoglienza, l'umanizzazione ed un approccio olistico alla cura. I principi fondanti sono:

- centralità del cittadino-utente come riferimento su cui orientare le scelte e la definizione delle priorità di intervento;
- tutela delle fragilità e rispetto delle diversità attraverso la costante lettura delle necessità e specificità dell'individuo da parte di chi opera in Azienda;
- importanza del patrimonio professionale come elemento di crescita culturale e professionale a garanzia dei percorsi assistenziali realizzati con l'apporto fondamentale delle Associazioni del Volontariato;
- confronto con la comunità e le istituzioni per la ricerca di soluzioni per una sanità condivisa e responsabile;
- innovazione come sviluppo professionale, gestionale e tecnologico per sostenere i mutamenti di contesto;
- formazione e informazione come elemento di progresso professionale e culturale per assicurare l'empowerment del paziente per il miglioramento dell'attività clinico – assistenziale;

- qualità, rischio clinico e della sicurezza dell'ambiente di lavoro nel rispetto della normativa vigente come impegno attivo attraverso l'analisi delle condizioni organizzative;
- rispetto dell'ambiente per migliorare i livelli di salute attraverso l'eliminazione e/o riduzione dell'impatto ambientale che le attività dell'Azienda e delle ditte che hanno rapporti con essa possono generare.

L'AUSL TC garantisce le pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico. A tal fine favorisce l'attivazione di strumenti atti a verificare, monitorare e risolvere le problematiche connesse alla corretta realizzazione delle pari opportunità aziendali, tramite l'istituzione del Comitato Unico di Garanzia aziendale (CUG). Il CUG contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico con l'obiettivo di migliorare l'efficienza delle prestazioni garantendo, nel contempo, un ambiente di lavoro caratterizzato da rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica.

Il Comitato promuove la cultura delle pari opportunità e il rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, attraverso l'esercizio di compiti propositivi, consultivi e di verifica nell'ambito delle competenze che la legge, i contratti collettivi e le altre disposizioni, stabiliscono.

Organizzazione

L'Azienda Usl Toscana centro nasce dall'unificazione delle Aziende Sanitarie Locali 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze e 11 di Empoli e si propone di realizzare e gestire una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione ed una rete di servizi socio-sanitari in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare. In considerazione della molto ampia dimensione territoriale dell'Azienda, la sfida principale è rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, mantenendo alta l'attenzione alle peculiarità e alle problematiche locali.

Le funzioni operative svolte all'interno dell'Azienda USL Toscana Centro sono state attribuite alle strutture organizzative, secondo le loro assegnazioni all'interno delle aggregazioni dipartimentali, cui sono assegnate le risorse e sono gestite sulla base della programmazione aziendale. L'organizzazione interna è stata articolata in: Dipartimenti, Strutture Operative Complesse e semplici (anche a valenza dipartimentale), Sezioni ed Uffici (per attività sanitarie e tecnico-amministrative rispettivamente), Programmi e Incarichi Professionali.

Il Dipartimento rappresenta lo strumento organizzativo ordinario di gestione, garante della funzione di governo clinico dei percorsi assistenziali e della tutela della salute collettiva. Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa di coordinamento a valenza aziendale, sovra ordinata rispetto alle Strutture Organizzative ed è costituito da Strutture omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità, tra loro indipendenti, mantenendo la propria autonomia e responsabilità riguardo agli aspetti clinico assistenziali e/o di supporto ai tali percorsi. Aggrega una pluralità di risorse professionali ed articolazioni funzionali integrate, a garanzia della gestione unitaria ed orientata ai processi ed all'integrazione delle competenze coinvolte. Promuove lo sviluppo delle strategie di governo ad ogni livello organizzativo e professionale attraverso un ampio coinvolgimento ed un'esplicita responsabilizzazione di tutti gli operatori, finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi e del rendimento delle risorse disponibili. È il modulo ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali, sia di tipo tecnico amministrativo sia di tipo professionale sanitario e sociosanitario, con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa finanziaria e di governo clinico. Esso presenta una dimensione minima di almeno tre strutture organizzative complesse. I Dipartimenti agiscono in accordo e sinergia su mandato della Direzione, occupandosi di indirizzare le attività delle strutture afferenti, orientandole verso il raggiungimento degli obiettivi concordati, hanno quindi carattere tecnico-professionale e responsabilità gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione ed utilizzo delle risorse assegnate.

La complessità dei Dipartimenti in termini di trasversalità delle funzioni, ambiti di responsabilità, numero di strutture, risorse gestite e volumi di attività, ha comportato la necessità di istituire Aree funzionali omogenee, finalizzate alla migliore organizzazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali. Le Aree dipartimentali sono pertanto costituite da più Strutture Organizzative omogenee, raggruppate con particolare riferimento all'affinità di patologie, di casistiche o di attività, alla specialità dell'organo, apparato o distretto anatomico ovvero raggruppate per il criterio dell'intensità o della rapidità della cura o per specifici ambiti di responsabilità legata a complessità e innovazione tecnologica.

La Struttura Organizzativa rappresenta infine un'articolazione dell'AUTC che aggrega risorse e competenze professionali al fine di assicurare definite funzioni che possono essere di diversa natura: produzione di prestazioni sanitarie assistenziali, amministrative, di programmazione, di controllo.

La Zona Distretto è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate (art. 64, comma 1 L.R. 40/2005 e ss.mm.ii.).

Tutte le Zone Distretto dell'Azienda UsI Toscana Centro hanno costituito la Società della Salute (SdS) ai sensi degli artt. 71 bis e seguenti della L.R.40/2005 e ss.mm.ii. Istituite in Toscana nel 2008, le SdS sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'Azienda USL territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate. Le Società della salute, integrando i servizi e le attività di Comuni e Aziende sanitarie, lavorano per offrire alle persone risposte unitarie ai bisogni sociosanitari e sociali e diventano l'interlocutore privilegiato e la porta di accesso ai servizi territoriali. Il Direttore SdS coincide con il Direttore di Zona.

L'erogazione dei servizi sanitari territoriali di Zona Distretto avviene attraverso le Unità Funzionali (UF), che operano secondo il criterio dell'integrazione degli interventi, per dare una risposta globale alle situazioni di bisogno. Nelle SdS il Direttore assicura il coordinamento fra le UF dell'Azienda UsI e quelle istituite nelle SdS (art. 66 comma 4 bis), evitando comunque duplicazioni.

Dal punto di vista organizzativo le Zone Distretto/Società della Salute, in una logica matriciale, rappresentano il punto di intersezione tra i Dipartimenti Aziendali, attraverso l'ufficio di direzione zonale, le unità funzionali, e il territorio, e garantiscono il coordinamento con gli enti locali e l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Nell'anno 2022 è previsto l'avvio della "gestione diretta" da parte delle SdS secondo quanto stabilito dalla L.R. 40/2005 e ss.mm.ii. e dal PSSIR 2018-2020.

Tutte le SdS sono tenute ad approvare i Piano Operativi Annuali per l'anno 2022 (POA 2022) entro il 28/02/2022, secondo le procedure e le modalità previste dalla L.R. 40/2005 e ss.mm.ii. e dalle DGR sopra citate. L'Azienda UsI Toscana Centro, che nella sua organizzazione incrocia in una logica a matrice i Dipartimenti, professionali e gestionali, e le otto Società della Salute, ha elaborato un modello di lavoro innovativo con la costituzione di un gruppo di lavoro, denominato "Ufficio di piano Aziendale" (Deliberazioni aziendali 1575/2018 e 1635/2019) al fine di supportare gli Uffici di Piano delle SdS nella predisposizione dei PIS e dei POA con riferimento agli ambiti di programmazione "comuni" a tutti gli ambiti territoriali della Toscana Centro, per i quali è necessario rapportarsi con i numerosi Dipartimenti aziendali coinvolti dalla programmazione territoriale.

Il Piano della Performance dell'Azienda USL Toscana Centro è strettamente legato alla programmazione territoriale: in base alla normativa regionale, infatti, i PIS e i POA zonalì vanno a costituire la programmazione aziendale con riferimento ai servizi territoriali, sanitari, socio-sanitari e sociali integrati (art. 22 comma 5, LR 40/2005 e ss.mm.ii.)

Principali Attività e Servizi

Cure Primarie e Case della Salute

L'assistenza primaria si configura come quell'insieme dei servizi sanitari erogati dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Famiglia (PdF), e costituisce la prima porta di ingresso dei cittadini al Servizio Sanitario. L'attuale assetto delle cure primarie prevede le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), aggregazioni mono professionali di medici di medicina generale, e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) luoghi di cura ed assistenza a carattere multi professionale, presidi territoriali nei quali convergono le competenze di più figure professionali operanti nel servizio sanitario (medici specialisti, infermieri, ostetriche, professionisti della riabilitazione, assistenti sociali, MMG e PdF). Nella nostra realtà regionale le UCCP coincidono con il modello più evoluto di "Casa della Salute".

La Casa della Salute rappresenta un modello di Sanità territoriale mediante il quale i cittadini hanno a disposizione, nell'ambito della propria Zona distretto / SdS, una struttura polivalente in grado di rispondere ai principali bisogni di salute della popolazione attraverso una molteplicità di figure professionali (MMG, Pediatri di famiglia, medici specialisti, medici della continuità assistenziale, infermieri, assistenti sociali e personale amministrativo) che costituiscono il cardine della SdS stessa. La Casa della Salute ha anche funzioni di orientamento ed accoglienza della popolazione favorendo l'accessibilità e la continuità dell'assistenza nell'arco della giornata, oltre a promuovere la conoscenza e l'accesso ai percorsi sanitari e sociosanitari territoriali attivi all'interno della propria sede, con lo scopo ultimo di garantire ai cittadini prossimità ed equità di accesso alle cure.

L'organizzazione a matrice multiprofessionale dei servizi territoriali è orientata alla sanità di iniziativa. Per sanità d'iniziativa si intende un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale (sanità di attesa), ma gli "va incontro" prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando primariamente sulla prevenzione e sull'educazione. La sanità d'iniziativa costituisce uno dei nuovi modelli assistenziali della sanità toscana: il riferimento è l'*Expanded Chronic Care Model*¹, che si basa sull'interazione proficua tra il paziente (reso più informato con opportuni interventi di formazione e addestramento) ed i medici, infermieri e operatori sociosanitari.

¹ Barr VJ, et al. Hosp Q. 2003. PMID: 14674182

L'integrazione ospedale-territorio e le cure intermedie

L'Agenzia di Continuità Ospedale - Territorio (ACOT), costituita in base alla DGRT n.679 del 12-07-2016, garantisce la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione dall'ospedale, individuando le risposte e i setting più appropriati alla dimissione ospedaliera, coadiuvando la funzione ospedaliera di Discharge Planning, sulla base di un protocollo valutativo dei bisogni unico a livello regionale e la definizione di un progetto individuale. I servizi di continuità a disposizione dell'ACOT vanno dalla semplice fornitura di ausili assistenziali, all'attivazione dei più complessi percorsi residenziali e domiciliari riabilitativi, fino ad arrivare ai percorsi residenziali per Stati Vegetativi (SUAP). A completare questo quadro di offerta ci sono i classici strumenti dell'Assistenza Domiciliare Integrata, gli inserimenti temporanei in strutture sociosanitarie (RSA), i percorsi residenziali di Cure Intermedie (Low Care e Strutture sanitarie Intermedie) e le Case di Cura. L'ACOT si avvale di un'équipe multi professionale presente in ciascuna Zone Distretto / Società della Salute, composta da Medico di comunità, Infermiere, Assistente sociale e Fisioterapista, con la consulenza strutturata di specialisti Fisiatri e Geriatri, che agisce nell'ambito dei presidi ospedalieri zonal di riferimento.

Le cure intermedie sono definite come “una gamma di servizi integrati, rivolti per lo più alle persone anziane, per supportare la dimissione tempestiva, favorire il recupero dopo un evento acuto o riacutizzato, evitare ricoveri ospedalieri inappropriati e ridurre l'utilizzo della lungodegenza e dell'istituzionalizzazione. L'assistenza prestata nella fase delle cure intermedie ha la finalità di consolidare le condizioni fisiche, continuare il processo di recupero funzionale, accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero. L'obiettivo è quello di garantire appropriatezza, continuità e omogeneità dell'assistenza, individuando tre tipologie di assistenza, o setting di cure intermedie residenziali, il cui costo è a totale carico del SSN:

- Setting 1 - low care (alta intensità): strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post acuta alla dimissione ospedaliera (riferimenti normativi nella sezione D.6 dell'allegato A del “Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie” DPRG 79/R del 2016).
- Setting 2 - residenzialità sanitaria intermedia (media intensità): strutture residenziali extra ospedaliere a bassa complessità assistenziale (riferimenti normativi nella sezione D.7 dell'allegato A del “Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie” DPRG 79/R del 2016).
- Setting 3 - residenzialità assistenziale intermedia (bassa intensità): attivato nelle RSA (DGRT 909/2017; DGRT 1596/2019).

Nella fase emergenziale pandemica sono state realizzate altre modalità per l'integrazione e continuità delle cure:

- Il Gruppo di intervento rapido ospedale territorio (GIROT), composta da un team multi professionale che parte dall'ospedale. Agisce sul territorio in situazioni complesse a più alto impatto interprofessionale per la definizione di un percorso di cura e assistenza. Vi sono anche i GIROT specialistici dove è presente lo specialista coinvolto sulla base dello specifico bisogno. Operativi durante l'emergenza COVID 19, ma con potenzialità anche in fase post epidemica e per la gestione di casi complessi non sostenuti da SARS COV 2.
- Le unità speciali per la continuità assistenziali (USCA) rafforzano l'organizzazione e i servizi territoriali con la finalità di gestire al domicilio casi legati all'evento pandemico. Collaborano con i GIROT e mantengono una relazione professionale con i medici di medicina generale. Sono composte da personale medico e operano in stretta relazione con gli infermieri di famiglia e di comunità.

L'assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare (AD) è quell'insieme di attività sanitarie o socio-sanitarie o sociali fornite alla persona al proprio domicilio. Le Cure Domiciliari, secondo i LEA costituiscono la risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti in condizione di vulnerabilità e fragilità.

Le modalità di realizzazione delle cure domiciliari sono così articolate:

- Assistenza Domiciliare Tutelare: assistenza rivolta a persone parzialmente non auto-sufficienti o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di sostegno psico-sociale e di cura della persona (fornitura dei pasti, pulizia della casa, lavaggio della biancheria, igiene personale, aiuto per pagare le bollette).
- Assistenza Domiciliare per interventi di natura sanitaria (AD solo sanitaria), dedicata a persone non autosufficienti o dimesse di recente dall'ospedale, che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): riguarda le situazioni più complesse, si definisce "integrata" poiché il servizio di assistenza medica è coordinato con quello socio-assistenziale, e consiste in un insieme di servizi e interventi socio sanitari erogati al paziente all'interno della sua abitazione. Avviene attraverso prestazioni fornite da diversi professionisti (medici, infermieri, operatori socio sanitari (OSS), fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.).
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP): prevede la presenza periodica (settimanale, quindicinale, mensile) del medico di medicina generale al domicilio dell'assistito non deambulante.

La non-autosufficienza

La Legge Regionale n.66/2008 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza" e la DGRT 370/2010 "Approvazione progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" dettano le linee guida per l'assistenza alle persone non autosufficienti, prevedendo:

- Punti insieme, presenti su tutto il territorio, finalizzati ad accesso, accoglienza, informazione e orientamento alle diverse tipologie di assistenza.
- Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) in ogni ambito zonale. Si tratta di équipe multi professionali, composte da personale medico, infermieristico, di servizio sociale e amministrativo, deputate alla valutazione del bisogno della persona non autosufficiente, attraverso strumenti di valutazione multidimensionale delle condizioni della persona, sia dal punto di vista sanitario che sociale.
- Piano personalizzato di assistenza (PAP), nel quale sono individuati gli obiettivi, prestazioni e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente, disabile e anziana e le prestazioni sociosanitarie da erogare, in condivisione con la persona e la famiglia.

Ogni Società della Salute /ZD ha approvato il proprio "Progetto per l'assistenza continua della persona non autosufficiente" in coerenza con la LR 66/2008, gestito direttamente dalle SdS, che prevede una gamma di servizi riconducibili a tre aree di intervento:

- l'Area della Domiciliarità con contributi per il care giver, contributi per l'assistente familiare, interventi domiciliari sociali e sanitari forniti dal servizio pubblico in forma diretta;
- l'Area della semi residenzialità con inserimento in un centro diurno anziani;
- l'Area della residenzialità, con l'inserimento in RSA, che può essere: temporaneo, di sollievo o permanente, subordinato alla definizione di un PAP di tipo residenziale.

L'assistenza alla persona anziana non autosufficiente prevede, oltre a quanto sopra descritto, ulteriori progettualità, azioni e prestazioni, gestite e organizzate dalle Società della Salute, come ad esempio il Progetto Home Care Premium, Progetto regionale gravissime disabilità, Progetti Demenze/Alzheimer, Centro di riferimento per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Pronto Badante ecc..

La disabilità

Le DGRT 1449/2017, 1642/2019 e 1055/2021 sanciscono la riorganizzazione del sistema dei servizi integrati per la persona con disabilità e, anticipando di fatto le previsioni poi confluite nel PNRR, prevedono un ridisegno complessivo della presa in carico integrata della persona con disabilità sotto molteplici aspetti (sistema di accesso e presa in carico, unità di valutazione multidisciplinare, Progetto di vita, budget di salute, Case manager, continuità del progetto nelle diverse fasi di vita, sistema informativo) . Come poi confermato dal PNRR, il ruolo centrale per la presa in carico della persona disabile viene rivestito dalle Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVMD) zonali, deputate alla valutazione ed alla predisposizione del Profilo di Funzionamento e del Progetto di vita della persona disabile. L'Azienda Usl Toscana Centro ha dato avvio a questo percorso di riorganizzazione con la costituzione di un gruppo di lavoro interdipartimentale e interzonale che ha portato alla costituzione delle otto UVMD zonali e alla elaborazione di linee guida condivise a livello di Toscana Centro (deliberazioni aziendale n. 1644 del 06/12/2019 e n. 1492/2021).

I principali progetti strutturali e regionali sviluppati ad oggi sul territorio e dedicati alle persone disabili sono: il Progetto Non Autosufficienza < 65 anni, il Progetto Vita Indipendente (regionale e ministeriale), il Progetto Gravissime Disabilità, il Fondo Non Autosufficienza dedicato alla SLA, il Dopo di Noi (legge 112/2016), l'Assistenza Domiciliare Integrata, l'inserimento in struttura semiresidenziale o residenziale, il percorso di Inclusione scolastica.

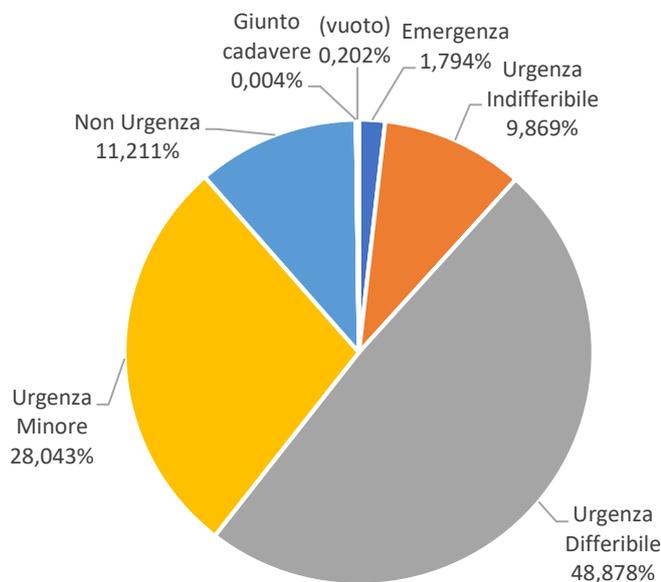
Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)

Il SEUS è un sistema che dà attuazione al Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali "Pronto Intervento Sociale", in base a quanto previsto dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 per la gestione appropriata degli interventi di emergenza urgenza sociale, attraverso la costituzione di un servizio sociale dedicato e specializzato per tali interventi, attivo 24 ore su 24 e 365 giorni su 365. Si può considerare a tutti gli effetti il "pronto soccorso" del servizio sociale, a favore di coloro che vengono a trovarsi in situazioni di emergenza sociale (L. 328/2000 art. 22, comma 4). Il SEUS è un progetto di respiro regionale con capofila l'Azienda USL Toscana Centro che per prima ne ha sperimentato l'attuazione insieme alle SdS del suo territorio.

L'emergenza-urgenza sanitaria

Il sistema dell'emergenza-urgenza nel 2020 ha gestito 209.747 chiamate per soccorso che sono pervenute alle due Centrali Operative 118 dell'AUTC (139.099 alla Centrale Operativa di Firenze - Prato e 70.648 alla Centrale operativa di Pistoia – Empoli). Circa il 90% delle richieste di soccorso ha esitato in missioni con mezzi di soccorso, con interventi eseguiti in oltre $\frac{3}{4}$ dei casi entro 16 minuti. Nel 2020 gli accessi ai PS dei residenti dell'AUTC sono stati 282.500: si può osservare una netta e generale riduzione degli accessi in tutti i Pronto Soccorso rispetto ai due anni precedenti, verosimilmente a causa della pandemia da SARS-COV2. Nel 2021 gli accessi hanno mostrato invece un recupero, attestandosi a 320.767. La distribuzione per codice colore del 2021 è rappresentata nella figura 2.

Figura 2. Distribuzione per codice colore degli accessi al Pronto Soccorso nel 2021



Assistenza ospedaliera

Nel corso del 2021 i ricoveri nelle strutture della ASL TC sono stati 103.155, in ulteriore calo rispetto al 2019 e 2020 a causa del perdurare dell'emergenza sanitaria che ha portato ad una riduzione dell'offerta. La maggior riduzione nel 2021 riguarda i DRG medici (-6,8 rispetto al 2020) e solo in misura minore riguarda i DRG chirurgici che invece erano crollati nel 2020. Questi dati prospettano uno scenario di notevole arretrato di ricoveri programmati, il cui recupero è comunque già avviato per gli interventi chirurgici. Le tabelle 2 e 3 riportano il numero di dimissioni negli anni 2019, 2020 e 2021 suddivise ambito territoriale, regime e tipo DRG.

Tabella 2. Attività di ricovero della ASL Toscana centro (numero dimessi) per anno per DRG Medici.

Ex ASL	Regime	Dimessi 2019	Dimessi 2020	Dimessi 2021
Empoli	Ordinario	11.172	10.245	9.900
Empoli	Day Hospital	884	882	730
Firenze	Ordinario	24.607	22.660	22.207
Firenze	Day Hospital	3.695	2894	2202
Pistoia	Ordinario	19.110	16.463	15.735
Pistoia	Day Hospital	1.634	1311	873
Prato	Ordinario	17.385	15.825	14.776
Prato	Day Hospital	2.015	1986	904
Totale	Ordinario	72.274	65.193	62.618
Totale	Day Hospital	8.228	7.073	4.709
Totale	DRG Medici	80.502	72.266	67.327

Tabella 3. Attività di ricovero della ASL Toscana centro (numero dimessi) per anno per DRG Chirurgici.

Ex ASL	Regime	Dimessi 2019	Dimessi 2020	Dimessi 2021
Empoli	Ordinario	5.734	3.999	4.069
Empoli	Day Hospital	2.564	1.424	1.140
Firenze	Ordinario	13.738	11.457	11.708
Firenze	Day Hospital	5.977	4.211	4.858
Pistoia	Ordinario	7.423	5.705	5.166
Pistoia	Day Hospital	2.785	1.603	1.467
Prato	Ordinario	7.038	5.949	5.613
Prato	Day Hospital	3.136	2.162	1.807
Totale	Ordinario	33.933	27.110	26.556
Totale	Day Hospital	14.462	9.400	9.272
Totale	DRG Chirurgici	48.395	36.510	35.828

Assistenza specialistica ambulatoriale

L'assistenza specialistica ambulatoriale è costituita dall'insieme delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate dai medici specialisti negli ambulatori e nei laboratori territoriali o ospedalieri dell'Azienda o all'interno di strutture private accreditate, autorizzate e convenzionate con AUTC.

Attività diagnostica:

- strumentale: effettuata attraverso apparecchiature, con o senza uso di radiazioni (RX, TAC, RM, scintigrafia, ecografia, ECG, EEG, gastroscopia, colonscopia, artroscopia, audiometria, ecc.)
- di laboratorio: Chimica clinica; Microbiologia; Virologia; Anatomia e istologia patologica; Genetica; Immunoematologia

Attività clinica:

- visite specialistiche: prima visita, visita a completamento della prima, visita di controllo, visita multidisciplinare
- attività terapeutica: radioterapia, medicazione, sutura, iniezione, infiltrazione, incisione, attività chirurgica, dialisi, trattamento odontoiatrico, applicazione apparecchio gessato, psicoterapia, ecc.
- riabilitazione: terapia educativa, training disturbi cognitivi, rieducazione moto-ria, rieducazione del linguaggio, rieducazione cardiorespiratoria, ecc.

Per l'anno 2021 i dati (seppur ancora provvisori) relativi all'attività specialistica ambulatoriale erogata dall'Azienda, quale SSN, sono rappresentati nella tabella 4 sotto riportata: sul totale si evidenzia un incremento di circa il 14% rispetto all'anno precedente.

Tabella 4. Prestazioni ambulatoriali erogate per settore dalla Azienda USL TC

Clinica	2.115.722
Diagnostica Immagini	892.818
Diagnostica Laboratorio	16.172.773
Diagnostica Strumentale	543.790
Procedure	404.510
Non classificato	104.146
Totale complessivo	20.233.759

Cure palliative

L'organizzazione aziendale garantisce l'erogazione delle cure palliative in regime di consulenza, ambulatoriale, domiciliare e residenziale.

Le consulenze sono erogate principalmente ai reparti ospedalieri, ma anche al domicilio e in RSA e sono organizzati ambulatori dedicati a pazienti ancora autosufficienti, per il controllo dei sintomi e la definizione del piano assistenziale. Le Cure Palliative Precoci e Simultanee vengono erogate in collaborazione con i MMG e gli specialisti. Le Unità di cure palliative domiciliari garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di equipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita, nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care giver. L'Hospice è un'articolazione residenziale della rete assistenziale, definibile come una struttura specialistica di ricovero che può accogliere temporaneamente o stabilmente i pazienti. Costituisce un'alternativa alla casa quando questa non è, temporaneamente o definitivamente, idonea ad accogliere il malato.

Attività consultoriali

I Consultori sono presidi territoriali orientati principalmente alla tutela della salute della donna di ogni età, e in particolare durante la gravidanza e i primi mesi di maternità, alla tutela della salute e della qualità della vita del bambino, allo sviluppo di scelte consapevoli e responsabili riguardo alla procreazione e alla genitorialità. Si tratta di un ambito complesso, multi professionale (ginecologia, ostetricia, assistenza sociale, mediazione culturale ecc.) che, seppur in un'ottica principalmente territoriale, mantiene forti collegamenti con il corrispondente ambito ospedaliero. I principali percorsi organizzati e gestiti tramite i consultori territoriali sono: Procreazione responsabile (DGRT 1251/2018); Diagnosi prenatale (DGRT 1371/2018); Percorso nascita; Percorso Depressione post partum; Percorso Gravidanza fisiologica; Vaccinazioni in gravidanza (attuazione delle linee ministeriali sulla vaccinazione in gravidanza); Percorso IVG ; Percorso Menopausa (Ambulatorio specifico); Prevenzione Oncologica; Interventi mirati per la multiculturalità; Progetto Persefone (Ambulatorio specifico di livello aziendale dedicato a donne vulnerabili vittime di tratta e tortura); Progetto Mamma Segreta. Nell'ambito della continuità Territorio Ospedale Territorio è inserita la Rete del Codice Rosa coordinata dal dirigente medico responsabile delle attività consultoriali dell'Azienda UsI Toscana Centro. Il Codice Rosa è un percorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate.

Riabilitazione

La riabilitazione è un processo nel corso del quale si permette a una persona con disabilità di raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione. Le attività sanitarie di riabilitazione: comprendono gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a superare, contenere o minimizzare la disabilità e la limitazione delle attività (muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare, lavorare, etc.). I percorsi riabilitativi territoriali, semplici o complessi ed integrati, sono erogati sia in forma ambulatoriale che domiciliare in ogni Zona Distretto dalle strutture organizzative del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione (medici fisiatristi) e del Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari (professionisti della riabilitazione: fisioterapisti, logopedisti, educatori ecc.), con la collaborazione degli altri professionisti che possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo. Tali prestazioni sono LEA da ottemperare secondo quanto previsto dal DPCM 12/01/17 ed in Regione Toscana dalla DGR 595/05. I corsi di attività fisica adattata (AFA), indicati per patologie a carattere cronico e fortemente penalizzati dall'emergenza sanitaria Covid-19, sono mirati alla prevenzione della disabilità e si ripercuotono in modo positivo sulla domanda dei percorsi a bassa intensità riabilitativa ambulatoriali.

Salute Mentale

La mission del servizio della Salute Mentale Adulti è quella di attuare interventi mirati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici in età adulta, sensibilmente aumentati per effetto della pandemia. La presa in carico della persona si basa sulla valutazione multidimensionale e multi professionale (psichiatra, psicologo, infermiere, educatore, assistente sociale, OSS), con particolare attenzione al coinvolgimento attivo della persona, la condivisione con la famiglia, la predisposizione di interventi personalizzati centrati sui contesti di vita. Il progetto personalizzato può prevedere interventi presso il Centro di Salute Mentale (CSM) e l'erogazione di servizi semiresidenziali (deputati a svolgere attività riabilitativa intensiva con lo scopo di promuovere l'autonomia del paziente e la sua piena integrazione sociale) e di servizi residenziali in strutture che forniscono interventi riabilitativi in regime di residenzialità e che sono rivolti a pazienti con patologie impegnative il cui progetto individualizzato preveda l'allontanamento temporaneo dal contesto familiare e/o sociale di appartenenza. Elemento fondamentale del progetto individuale è la promozione dell'autonomia, sia abitativa che lavorativa, attraverso gli inserimenti terapeutici lavorativi e progetti di abitare supportato.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è il servizio deputato al trattamento delle emergenze psicopatologiche in regime di ricovero, sia volontario che in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, è collocato all'interno dei presidi ospedalieri. Il ricovero rappresenta solo un momento dell'intervento complessivo di presa in carico ed è attuato in modo da garantire al paziente la continuità terapeutica con tutti gli altri luoghi di cura.

L'Area Salute Mentale Infanzia e Adolescenza si articola in Unità Funzionali territoriali, strutture organizzative caratterizzata dalla presenza di professionisti esperti dello sviluppo del bambino e dell'adolescente, e si occupa della "neurodiversità nell'età evolutiva", cioè di bambini con disturbi della coordinazione motoria, del neurosviluppo, della comunicazione, del linguaggio e dell'apprendimento, disabilità intellettive, autismo e disturbi neuropsichici in età evolutiva. Si occupa di prevenzione, diagnosi, cura, abilitazione e riabilitazione attraverso la valutazione multidimensionale e la predisposizione del piano terapeutico riabilitativo personalizzato. I percorsi specifici sono i seguenti: Autismo, Disabilità complesse geneticamente determinate, Disturbi neuromotori, Disturbi del linguaggio e dell'apprendimento, Disturbo da deficit di attenzione e iperattività, Epilessia, disturbi neurosensoriali, Emergenze urgenze psicopatologiche nell'infanzia e nell'adolescenza, continuità Ospedale Territorio. La Salute Mentale Infanzia e Adolescenza è coinvolta nel percorso di inclusione scolastica dei minori con certificazione L. 104, nella predisposizione del Profilo di Funzionamento e nel supporto alla redazione del Piano Educativo Individualizzato (PEI) della scuola.

Con riferimento ai Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione l'Azienda USI Toscana Centro ha costituito, la "UFS Disturbi dell'alimentazione" di valenza dipartimentale (Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze), deputata all'attuazione dei percorsi di prevenzione e cura dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione. Il Servizio è rivolto a pazienti sia minorenni che maggiorenni con disturbi dell'alimentazione, che rispondano ai criteri diagnostici di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo dell'Alimentazione Incontrollato, ARFID e Disturbi Alimentari NAS.

Servizi per le Dipendenze

Le attività dei Servizi per le Dipendenze (SerD) rispondono ai bisogni di quelle fasce di popolazione, sia giovanile che adulta, che presentano disturbi da uso di sostanze stupefacenti e psicotrope legali (alcool, tabacco e farmaci), illegali (eroina, cocaina, cannabinoidi, sostanze sintetiche) o che presentano nuove forme di dipendenze comportamentali.

I servizi per le dipendenze (Ser.D) assicurano interventi e prestazioni nei singoli ambiti territoriali con accesso diretto alle cure e garanzia dell'anonimato, in un'ottica di integrazione multidisciplinare, attraverso équipe multiprofessionali composte da psichiatri, tossicologi, psicologi, educatori, infermieri, personale di riabilitazione, operatori socio sanitari, assistenti sociali ed altri operatori dell'area socio-sanitaria. Sono assicurati percorsi assistenziali differenziati per dipendenze da sostanze legali e illegali attraverso interventi medico-farmacologici, psicologici/psicoterapici, socio-riabilitativi e di prevenzione individuale. Elemento fondamentale del progetto individuale è la promozione dell'autonomia, sia abitativa che lavorativa, attraverso gli inserimenti terapeutici lavorativi e progetti di abitare supportato.

Il Servizio Dipendenze promuove, altresì, programmi di prevenzione in collaborazione con le istituzioni pubbliche e private (scuola, cooperative sociali, volontariato, gruppi di auto-mutuo aiuto).

Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione svolge un'attività di vigilanza e controllo. Oltre alle vaccinazioni e alla sorveglianza epidemiologica, effettua campionamenti e monitoraggi delle acque potabili, controlli a strutture recettive, scuole, piscine, istituti penitenziari, rivendite di fitosanitari, ed estetisti tatuatori. Effettua controlli nei cantieri edili, nelle unità locali produttive, in aziende agricole, valutazioni piani di lavoro amianto e istruttorie per infortuni e malattie professionali. Assicura la qualità dei cibi, ispezioni in esercizi pubblici e allevamenti, campionamenti di alimenti, bevande o matrici direttamente su animali in allevamento. Garantisce l'attività per la valutazione dell'idoneità medico sportiva. Rientrano nella prevenzione anche attività trasversali ai dipartimenti come gli screening oncologici, le campagne vaccinali e le vaccinazioni in gravidanza.

Personale

I dipendenti al 31 dicembre 2021 sono 15.458, di cui 164 responsabili di struttura semplice, 44 responsabili di struttura semplice dipartimentale e 204 responsabili di strutture complesse (Tabella 5).

Tabella 5. Il personale dipendente della Azienda ULS Toscana Centro al 31/12/2021.

Personale al 31/12/2021	Unità	Di cui resp. di struttura semplice	Di cui resp. di Struttura Semplice Dipartimentale	Di cui resp. di Struttura Complessa
Infermiere	5.912	-	-	-
Medico	2.550	130	37	144
Operatore Socio Sanitario e Operatore Tecnico Addetto all'assistenza	1.909	-	-	-
Personale Ruolo Amministrativo	1.360	-	-	-
Operatore Tecnico	527	-	-	-
Ostetrica	390	-	-	-
Tecnico prevenzione Ambiente e Luoghi di lavoro	372	-	-	-
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	362	-	-	-
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	356	-	-	-
Personale Ruolo Tecnico	278	-	-	-
Fisioterapista	263	-	-	-
Assistente Sociale	201	-	-	-
Educatore Professionale	167	-	-	-
Assistente Sanitario	115	-	-	-
Psicologo	112	6	-	2
Farmacista	72	10	3	3
Logopedista	72	-	-	-
Veterinario	59	-	-	5
Personale Ruolo Sanitario – Altro	57	-	-	-
Biologo	51	6	1	1
Dietista	38	-	-	-
Dir. Prof. San. Infermieristiche, Ostetrica, Tecnici Riabilitazione e Prevenzione	34	3	-	12
Ingegnere	34	2	-	14
Dirigente Amministrativo	32	3	3	19
Tecnico neuro fisiopatologia	29	-	-	-
Tecnico delle neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva	19	-	-	-
Fisico	18	-	-	2
Ortottista Assistente Oftalmologia e Ottico	15	-	-	-
Tecnico della Riabilitazione psichiatrica	15	-	-	-
Chimico	8	1	-	-
Tecnico Audiometrista	7	-	-	-
Podologo	6	-	-	-
Odontoiatra	4	1	-	-
Odontotecnico	3	-	-	-
Architetto	2	-	-	-
Dirigente Assistente Sociale	2	2	-	-
Avvocato	2	-	-	1
Tecnico Ortopedico	2	-	-	-
Sociologo	1	-	-	-
Statistico	1	-	-	1
Terapista Occupazionale	1	-	-	-
Totale	15.458	164	44	204

Indirizzi Regionali e Programmazione Economica

Il Bilancio Preventivo Economico annuale o Bilancio di Previsione, per le aziende sanitarie pubbliche è un documento programmatico di natura non autorizzativa utile a definire gli obiettivi in termini economici, patrimoniali e i relativi aspetti finanziari dell'Azienda, nell'esercizio futuro. Per la predisposizione di tale documento l'Azienda si rifà alla normativa nazionale (Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e ss.mm.ii) e regionale vigente (Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 ss.mm.ii) e alle linee guida che la Regione Toscana invia con cadenza annuale, seppur non sempre la stessa. La documentazione di dettaglio relativa ai Bilanci preventivi e consuntivi è consultabile nell'apposita sezione sul sito web aziendale all'indirizzo: <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/amministrazione-trasparente-2/bilanci>

La Regione Toscana con Delibera di Giunta n.6 del 10-01-2022 ha provveduto all'assegnazione del Fondo Sanitario Indistinto alle Aziende Sanitarie per il 2022 rimandando l'emanazione delle linee di guida necessarie alla redazione del bilancio preventivo 2022, che sarà in seguito adottato non appena saranno noti gli indirizzi regionali. Per tale ragione, allo stato attuale, al fine di garantire la coerenza del ciclo della performance e il rispetto del sistema complessivo aziendale, sono state individuate nelle linee guida regionali degli anni precedenti gli item su cui impostare la pianificazione strategica e operativa dell'Azienda nel breve e medio termine.

Gli obiettivi economici individuati nella programmazione regionale sono poi declinati in obiettivi di budget ai centri di responsabilità aziendali (CdR in seguito), governati ciascuno da un dirigente responsabile. Tale processo denominato: " budgeting", favorisce il livello di integrazione necessario tra programmazione regionale e programmazione aziendale fornendo anche un utile strumento di controllo in corso d'anno e di valutazione della performance a consuntivo. L'output del processo di budgeting è il documento di budget, formalizzato per CdR.

Il suddetto processo s'identifica su più fasi tra cui la declinazione degli obiettivi economici da proporre a ogni singola struttura aziendale (CdR), una successiva fase di negoziazione del budget proposto per ogni CdR, una eventuale rettifica e una conseguente ratifica degli impegni presi attraverso la formalizzazione di apposite schede di budget di dettaglio, che raccolgono gli impegni presi utili al raggiungimento della performance di struttura e complessivamente poi di tutta l'azienda rispetto agli obiettivi di programmazione regionale.

Il budget è poi analizzato in corso d'anno attraverso momenti di monitoraggio indispensabili per l'individuazione di possibili azioni correttive utili al raggiungimento dell'obiettivo oppure per la ridefinizione di quegli obiettivi diventati irraggiungibili. L'azienda così è in grado di indirizzare la propria attività,

monitorare e valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi a livello globale, di dipartimento, di struttura organizzativa complessa e semplice e potenzialmente dei singoli dipendenti, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità dei servizi diretti e indiretti offerti al cittadino.

Per quanto riguarda gli altri obiettivi (organizzativi, gestionali, di performance, etc.) che la Regione assegna annualmente alle Aziende Sanitarie con Decreto del Presidente della Giunta Regionale, ad oggi non ancora formalizzati, l'Azienda si muove in continuità con l'anno 2021, garantendo rilievo ed attenzione primaria a:

- Governo della spesa farmaceutica per acquisti diretti e convenzionata;
- Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (DGRT 604/2019) che stabilisce i tempi massimi di attesa per gli interventi oncologici, per una selezione di interventi non oncologici, per 17 visite ambulatoriali e 47 prestazioni strumentali di diagnostica;
- Governo della spesa del personale.

Prendendo in esame il governo della spesa farmaceutica, questo è realizzato in Azienda tramite un processo continuo di misurazione e valutazione di specifiche azioni di appropriatezza farmaceutica, definite a tutti i livelli di erogazione della molecola (territoriale e ospedaliera) e declinate sui diversi CdR interessati (territoriali, inclusi la Medicina Generale, e ospedalieri). Quest'attività è svolta da una struttura organizzativa dedicata: la SOC "Governance Farmaceutica e appropriatezza prescrittiva", usufruendo dei seguenti strumenti:

- reportistica per prescrittore (territoriale, MMG, medico specialista ospedaliero);
- responsabilizzazione dei sanitari alla autovalutazione tramite strumenti informatici di supporto;
- il monitoraggio delle azioni complessive da parte della SOC Controlling;
- gli audit, affinché gli obiettivi economici fissati dalla Regione si traducano in prescrizioni appropriate ed economiche.

Per il governo della spesa farmaceutica parte dalla consapevolezza è cruciale il concetto di appropriatezza prescrittiva e dal continuo miglioramento del rapporto costo/beneficio.

La Pianificazione Triennale

La pianificazione che guiderà l'azienda nel prossimo triennio trae origine dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale e tiene conto degli obiettivi di performance assegnati dalla Regione tramite il Laboratorio Management e sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa.

Il processo di pianificazione si fonda su principi che si propongono di rendere l'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie ancora più forte e ancora più operativa. Attraverso l'analisi prospettica dei dati epidemiologici si intende creare una stabile continuità tra la parte della rete ospedaliera e quella della rete territoriale, includendo la tematica della prevenzione in tutti gli obiettivi di piano. Le linee guida, adeguatamente verificate da un punto di vista metodologico, saranno trasformate in percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e sociali (PDTAS), non essendo più sostenibile la divergenza degli interventi sanitari da quelli sociali. Alla luce delle evidenze, degli aspetti normativi, del PSSIR e dalle risultanze delle indagini di percezione dell'esperienza e dalla percezione e degli esiti delle cure, l'Azienda si propone di tutelare il tempo disponibile per la professione rispetto a quello per le esigenze amministrative, così come la digitalizzazione deve divenire strutturale ed in funzione alla salute, la cui salvaguardia è missione dell'azienda. La relazione fra professionista sanitario e paziente sarà focalizzata sull'intervento di cura ed entrambi saranno soggetti attivi e cooperativi nello scegliere sempre gli esami diagnostici, i trattamenti e gli interventi secondo le conoscenze scientifiche disponibili.

L'azienda persegue l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico con l'obiettivo di migliorare l'efficienza delle prestazioni garantendo, nel contempo, un ambiente di lavoro caratterizzato da rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica.

Linee Strategiche

- 1. La prossimità fisica e digitale come valore di sistema rivolto alla centralità della persona.** Le traiettorie internazionali sono tutte indirizzate a rafforzare i sistemi sanitari centrati sulle persone, responsabilizzare i cittadini, investire su professionisti e operatori, rafforzare il rapporto con le Comunità. La prospettiva è dunque la collaborazione tra istituzioni, professionisti sanitari e sociali con le persone assistite, le loro famiglie, i care giver, i cittadini e le loro associazioni per la presa in carico adeguata delle persone assistite e per aumentare la qualità delle prestazioni degli ospedali e dei servizi sanitari, a partire dalla conoscenza dei bisogni e delle capacità dei pazienti (comunicazione, responsabilizzazione dei professionisti e degli operatori, delle persone assistite, delle famiglie, delle comunità, condivisione dei progetti di salute e di cura), fino alla riorganizzazione dei servizi sanitari e

socio-sanitari e a un nuovo disegno di politiche sanitarie con il coinvolgimento dei professionisti e degli operatori sanitari e delle associazioni dei malati. Questa linea strategica è ampiamente in coerenza con la missione 6, componente 1 e la Missione 5 componente 2 del PNRR.

- 2. La sanità digitale come volano di semplificazione, accessibilità e sostenibilità.** La digitalizzazione dei processi è l'occasione per dar vita a un sistema sociosanitario più agile ed efficiente e soprattutto maggiormente focalizzato sulle esigenze del paziente. Il digitale gioca un ruolo chiave con quattro asset. In primo luogo la telemedicina, introdotta durante la crisi sanitaria, ha poi dimostrato potenzialità tali da richiedere la messa a regime in modo controllato. La telemedicina può essere di supporto nelle diverse fasi di gestione della salute (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) favorendo la circolazione delle informazioni tra i diversi operatori sanitari e team di cura e contribuire inoltre ad alimentare una base dati per la costruzione di una serie di indicatori di output e outcomes. Il secondo ambito riguarda la centralità e la valorizzazione della fruibilità dei dati. La presenza, la condivisione e la fruibilità del patrimonio informativo rappresentano l'elemento oggettivo che consente l'adattamento equo ed etico del nostro modello organizzativo e che pone la sfida di lavorare sulla governance, vale a dire superare le frammentazioni esistenti e valorizzare il patrimonio di dati di cui i diversi soggetti, nazionali, regionali, locali, dispongono, grazie anche a Big Data Analytics, Intelligenza Artificiale e Machine Learning. Terzo pilastro è il Fascicolo Sanitario Elettronico, che richiede di potenziarne la diffusione e l'accessibilità, grazie all'integrazione di tutti i documenti e dati sanitari, all'interoperabilità tra i sistemi regionali e all'integrazione tra la sanità pubblica e privata. Ultimo asset ma non meno importanti sono le competenze digitali degli operatori, requisito culturale essenziale a supporto della trasformazione digitale del sistema nel suo complesso. Questa linea è ampiamente in coerenza con la missione 6, componente 1 del PNRR.
- 3. Equità e tempestività di accesso alle cure.** Mai come in questo periodo emergenziale è concreto il rischio che il sistema sanitario sotto la pressione dei malati di COVID non riesca a fornire risposte tempestive a tutti i cittadini. Prioritario è il recupero dell'attività arretrata; la tempestività e le pari opportunità per l'accesso alle cure, oltre che essere garantite dovranno essere monitorate. Il campo di applicazione riguarda l'attività programmata chirurgica, le procedure diagnostiche e terapeutiche.
- 4. L'appropriatezza delle cure come paradigma per la sostenibilità.** Una medicina che è stata definita "parsimoniosa" non limita le cure efficaci ma, al contrario, restringe l'uso di interventi non necessari e potenzialmente pericolosi. Secondo la Rand Corporation una procedura è appropriata se il beneficio atteso (per esempio aumento dell'aspettativa di vita, sollievo dal dolore, riduzione dell'ansia, miglioramento della capacità funzionale) supera le eventuali conseguenze negative (mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio, tale da

ritenere che valga la pena effettuarla². Più della metà delle prestazioni radiologiche ambulatoriali eseguite nel nostro paese è inappropriato, e avrebbero potuto essere evitate senza alcuna conseguenza per i pazienti, ma anzi hanno costituito un inutile radio esposizione, così come l'utilizzo di tecnologie complesse in cardiologia. Il consumo pro capite di antibiotici in Italia è uno dei più alti tra i paesi OCSE, con un serio rischio per la salute della popolazione, considerando che causa l'incremento delle resistenze; l'appropriatezza di utilizzo degli antibiotici è una vera e propria priorità di sanità pubblica.

5. **La comunicazione e la relazione col paziente come parte integrante e irrinunciabile della cura.** È necessario promuovere una nuova alleanza tra medico e paziente, liberata da un'informazione talvolta distorta e non sufficientemente libera dai conflitti di interesse dai possibili condizionamenti legati alla medicina difensiva.
6. **La misura degli esiti delle cure.** Il Piano Nazionale Cronicità sollecita la revisione del paradigma di fondo relativo al concetto di "esito" concettualmente legato ad una visione della medicina caratterizzata da eventi piuttosto che da percorsi. Si propone oggi di considerare gli esiti come un "insieme di risultati intermedi" non solo finali, non solo clinici ma anche connessi alla disabilità e alla qualità di vita, dislocandoli lungo tutto l'iter dell'assistenza erogata e misurandoli attraverso indicatori multidimensionali meglio rivolti alla dimensione stato di salute piuttosto che di malattia. Tra gli esiti, sempre maggiore considerazione ricevono quelli direttamente riportati dai pazienti, sia che riguardino aspetti tangibili delle cure sia che abbiano a che vedere con l'esperienza che ogni singolo paziente sperimenta. Ciò è realizzabile introducendo tecniche e strumenti efficienti per misurare il benessere auto-percepito dal paziente, la qualità della vita, l'impatto della condizione cronica sulla vita quotidiana.
7. **Semplificazione dei processi per crescere e liberare risorse.** Semplificare significa tagliare passaggi procedurali, controlli, adempimenti inutili, eliminare ridondanze: vuol dire quindi eliminare tutto quello che è superfluo o addirittura dannoso per un buon funzionamento dell'Azienda Sanitaria. Il problema è che spesso non si può tagliare, perché certi passaggi o adempimenti non si possono eliminare senza provocare danni maggiori dei vantaggi dell'eventuale semplificazione; in questi casi semplificare significa allora reingegnerizzare, ovvero saper trovare modi diversi, più semplici, rapidi ed economici per ottenere lo stesso risultato. L'azienda USL intende perseguire la semplificazione delle procedure e dei processi attraverso la loro reingegnerizzazione, anche avvalendosi di strumenti tecnologici e innovativi.
8. **La dematerializzazione dei processi come elemento generativo di informazione.** La trasformazione digitale dei processi aziendali è il punto di sintesi tra semplificazione, tracciabilità, trasparenza e valore informativo. L'azienda USL Toscana centro sostiene e promuove il passaggio dal cartaceo al digitale in ogni possibile procedura al fine di velocizzare la circolazione dei documenti, la loro archiviazione e

² Fitch K, Bernstein FJ, Aguilar MD, Burnand B, Lacalle JR, Lazaro P. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. RAND Corporation, Sept. 2000

l'estrazione, la valorizzazione di informazioni utili alla costruzione di indicatori di processo e di esito calcolabili in modo standardizzato ed automatizzato. Questa linea è ampiamente in coerenza con la missione 6, componente 1 del PNRR.

- 9. La tutela e salvaguardia della salute pubblica.** Le attività si declinano nella contingenza in azioni atte a contrastare la pandemia: organizzazione della campagna vaccinale anti-COVID e tutte le altre azioni collegate all'emergenza sanitaria (tamponi oro faringei, indagini epidemiologiche, gestione pratiche di contact-tracing e screening della popolazione). Oltre a ciò, è garantita l'attività ordinaria di vaccinazione e l'attività di vigilanza e controllo sulla Salute Pubblica. Viene garantita la sicurezza delle acque potabili, la salubrità ed il rispetto della normativa sulle strutture recettive, scuole, piscine, istituti penitenziari, rivendite di fitosanitari, ed estetisti tatuatori. Si presidia la sicurezza nei cantieri edili, nelle unità locali produttive, in aziende agricole; si effettuano valutazioni piani di lavoro amianto e istruttorie per infortuni e malattie professionali. Si assicura la qualità dei cibi con ispezioni in esercizi pubblici e allevamenti, campionamenti di alimenti, bevande o matrici direttamente su animali in allevamento. Si garantisce l'attività per la valutazione dell'idoneità medico sportiva.
- 10. La sanità che promuove lo sviluppo sostenibile.** L'OMS e le Nazioni Unite ritengono che la salute sia un investimento per il futuro ed hanno elencato nel 2019 tredici sfide di sostenibilità da portare avanti in questo decennio, nell'ambito della più ampia strategia Agenda 2030. Ciascun attore singolo, locale, nazione o globale che condivide la visione dell'OMS è tenuto ad impegnarsi in queste sfide. L'Azienda USL Toscana Centro intende, nell'ambito del suo mandato, impegnarsi per supportare il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030.

Obiettivi 2022 di performance organizzativa

La proposta di obiettivi 2022 della Regione Toscana, al momento della stesura del documento ancora in fase di finalizzazione, riguarda obiettivi nelle seguenti categorie:

- Area economica, con particolare attenzione alla spesa farmaceutica
- Cronicità, con focus su aderenza a PDTAS, presa in carico del paziente, domiciliarità, residenzialità
- Esiti e Qualità, con focus su appropriatezza, mortalità post trattamento, lotta alle infezioni correlate all'assistenza
- Farmaceutica, con focus sul rispetto delle indicazioni di settore, consumo farmaci traccianti, distribuzione diretta
- Oncologia e fine vita, con focus su screening oncologici, rispetto dei tempi di attesa, rapporto volumi-esiti, sistema delle cure palliative.
- Personale, con attenzione su alcuni processi di gestione del personale
- PNRR relativamente alla implementazione di quanto previsto nel settore
- Ricerca, con attenzione all'utilizzo della piattaforma regionale, ai tempi di autorizzazione uso dei fondi vincolati
- Sanità digitale, relativamente a ricetta dematerializzata, fascicolo sanitario, telemedicina, libretto di gravidanza digitale
- Tempi di attesa, su garanzia dei tempi del piano regionale
- Vaccinazioni, su rispetto delle coperture previste dal piano nazionale e regionale.

Considerati gli obiettivi della Regione, il contesto generale e locale e le linee strategiche pluriennali, si declinano quindi gli obiettivi per l'anno in corso. Per ciascun obiettivo vengono indicate la/le linee strategiche di riferimento:

1. Le cure di prossimità: servizi domiciliari, le Case di Comunità, l'infermiere di famiglia e comunità e il fisioterapista di comunità.

Il PNRR prevede il potenziamento dei servizi domiciliari attraverso due obiettivi: l'identificazione di un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione) e l'aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni, con particolare riferimento alle persone con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. Nel 2022 è prevista la realizzazione del piano per il potenziamento delle cure domiciliari

erogate sul territorio, secondo modalità coordinate con le altre tipologie di assistenza domiciliare territoriale (progetto non autosufficienza, Servizio di Assistenza domiciliare in forma diretta) in modo da evitare duplicazioni e massimizzare l'efficacia, la qualità e l'efficienza degli interventi. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Rete Sanitaria Territoriale, delle Società della Salute, del Dipartimento di Medicina Generale, del Dipartimento dei Servizi Sociali, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica e del Dipartimento delle Specialistiche mediche, del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie.

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. Vi operano medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di comunità, assistenti sociali, professionisti delle professioni tecnico sanitarie, specialisti ambulatoriali, amministrativi ed è garantita la presenza del Punto Unico di Accesso per le valutazioni multidimensionali. Il modello "Casa della Salute" in fase avanzata di implementazione in Toscana, dovrà evolvere nel modello di Casa della Comunità previsto dal PNRR come driver fondamentale dell'integrazione sociale e sanitaria, della medicina per la gestione del paziente cronico, della prevenzione sociale e sanitaria, valorizzando il ruolo dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Famiglia e delle professioni sanitarie e sociali, sollecitando un ruolo proattivo dell'utenza e della società civile. Nel 2022 si prevede la pianificazione del modello "Casa della Comunità" in base ai parametri previsti dal PNRR sul territorio; pianificazione per la realizzazione di CdC "Hub" e CdC "Spoke"; definizione dei servizi e delle attività svolte all'interno delle CdC in ottemperanza a quanto previsto dal PNRR. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Direzione Sanitaria aziendale, della Rete Sanitaria Territoriale, delle Società della Salute, del Dipartimento di Medicina Generale, del Dipartimento dei Servizi Sociali, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica, del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, del Dipartimento delle Specialistiche mediche e del Dipartimento del Decentramento.

L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. Nel 2022 si procederà a promuovere la diffusione e l'implementazione del progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità a sostegno dell'assistenza domiciliare Infermieristica, ADI, Percorsi domiciliari di presa in carico dei pazienti cronici/complessi (INR, gestione stomie, nutrizione artificiale a domicilio, ventilazione meccanica ecc.). Sarà effettuato il monitoraggio progetto Infermiere di

Famiglia nelle otto Zone Distretto. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Direzione Sanitaria Aziendale, della Rete Sanitaria Territoriale e del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica.

L'avvio del progetto del Fisioterapista di comunità, ha come obiettivi la promozione di corretti stili di vita e sostegno alla partecipazione alla vita sociale, all'individuazione di percorsi riabilitativi appropriati, fino agli interventi sull'ambiente domestico o proposte di ausili per l'autonomia. E' un servizio di consulenza ad accesso diretto, rivolto a pazienti adulti/anziani in condizioni di cronicità o fragilità, nei quali si evidenzia una riduzione significativa delle autonomie funzionali, un aumento del carico assistenziale o la necessità di addestramento per il caregiver. Inoltre, potrebbero beneficiare di tale consulenza anche i pazienti per i quali sia stato rilevato dal MMG un rischio di cadute (in particolare in presenza di storia di cadute con o senza esiti) e quelli per i quali sia necessaria una valutazione funzionale per proposta di ausili/ortesi o una valutazione dell'ambiente domestico. Nel 2022 il progetto verrà ulteriormente diffuso e implementato in tutte le zone.

2. L'Ospedale di Comunità (OsCO)

Struttura sanitaria a media/bassa intensità clinica dedicata a degenze di breve durata, con un massimo di 40 posti letto, a gestione prevalentemente infermieristica. La finalità perseguita è quella di ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso e facilitare la dimissione ospedaliera. Nel 2022 si procederà alla pianificazione delle azioni previste nelle indicazioni del PNRR e Agenas. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Direzione Sanitaria Aziendale, della Rete Sanitaria Territoriale, delle Società della Salute, del Dipartimento di Medicina Generale, del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica e del Dipartimento delle Specialistiche mediche.

3. Le Unità di Continuità Assistenziale

L'Unità Speciale di Continuità Assistenziale è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia a carico di individui che a carico di comunità. Le USCSA sono state previste dalla normativa di gestione dell'emergenza sanitaria di cui se ne prevede la conferma come attività ordinaria (Unità di Continuità Assistenziale - UCA) con una profonda riconfigurazione del servizio. Nel 2022 si procederà alla pianificazione delle azioni previste nelle indicazioni di Agenas e al coordinamento con le attività dei Gruppi di Intervento Rapido Ospedale Territorio (GIROT). Tali azioni implicano il coinvolgimento della Rete Sanitaria Territoriale, del Dipartimento di Medicina Generale, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica e del Dipartimento delle Specialistiche mediche.

4. Le Centrali Operative Territoriali: COT, “116117” e centrale infermieristica

Il PNRR prevede l'attivazione di Centrali Operative Territoriali (COT) in ogni Zona Distretto con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza, procedure condivise con la centrale del 116117 e con il servizio di Emergenza Urgenza Territoriale (118). Nel 2022 è prevista la progettazione delle COT e definizione rapporti e competenze; definizioni relazioni con l'Agencia di Continuità Ospedale-Territorio e con le Unità di Valutazione Multidimensionale e le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale; definizione modalità coordinate con le altre tipologie di assistenza domiciliare territoriale (progetto non autosufficienza, Servizio di Assistenza domiciliare in forma diretta) in modo da evitare duplicazioni e massimizzare l'efficacia, la qualità e l'efficienza degli interventi. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Direzione Sanitaria Aziendale, della Rete Sanitaria Territoriale, delle Società della Salute, del Dipartimento di Medicina Generale, del Dipartimento dei Servizi Sociali, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica, Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, del Dipartimento delle Specialistiche mediche e del Dip.to Emergenza-Urgenza.

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Nel 2022 si procederà alla pianificazione delle azioni previste nelle indicazioni del PNRR e Agenas e realizzazione di procedure condivise con il servizio di Emergenza Urgenza Territoriale (118), con le COT e con la Centrale Operativa Infermieristica. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Rete Sanitaria Territoriale, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica, del Dipartimento dell'Emergenza Urgenza e delle Società della salute.

Nella Azienda UsI Toscana Centro si prevede inoltre l'attivazione di una Centrale Operativa Infermieristica per le urgenze infermieristiche. La centrale permetterà di prendere in carico a domicilio le urgenze infermieristiche che rappresentano accessi inappropriati nelle strutture dell'emergenza territoriale nei Pronto Soccorso. Nel 2022 si procederà ad effettuare uno studio di fattibilità e pianificazione delle azioni conseguenti. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Direzione Sanitaria Aziendale, della Rete Sanitaria Territoriale e del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica.

5. I PDTAS Non Autosufficienza e Disabilità e le linee di intervento della Missione 5 del PNRR

Il PNRR, Missione 5 “Inclusione e coesione sociale” non si limita a prevedere interventi specifici a vantaggio degli anziani fragili e non autosufficienti e delle persone disabili, ma anche vere e proprie riforme che vanno a rafforzare ed implementare i percorsi già in essere nei nostri territori.

Con riferimento agli Anziani il PNRR prevede l'elaborazione normativa riguardante il "sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti", da adottare entro la primavera del 2023, finalizzata alla individuazione di livelli essenziali delle prestazioni e sono previste linee di investimento dedicate per "la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti" (0,5 miliardi) e per la riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi (oltre 300 milioni).

Con riferimento alle persone Disabili il PNRR prevede l'elaborazione della Legge quadro per le disabilità entro il 2021, che risponde ai principi della Convenzione ONU e alla Strategia per i diritti delle persone con disabilità che "semplificherà l'accesso ai servizi, i meccanismi di accertamento della disabilità e potenzierà gli strumenti finalizzati alla definizione del progetto di intervento individualizzato". Vengono altresì stanziati 0,5 miliardi per "percorsi di autonomia per persone con disabilità, interventi pensati per favorire la socializzazione, sostenere percorsi di vita indipendente, anche con la ristrutturazione di alloggi che sfruttino le tecnologie innovative per superare le barriere fisiche, sensoriali e cognitive che sono di impedimento allo svolgimento autonomo degli atti della vita quotidiana".

Ne consegue che nel 2022 si prevede un impegno importante da parte delle Società della Salute e dell'Azienda UsI Toscana Centro, attraverso i dipartimenti territoriali coinvolti, nella implementazione dei due PDTAS "Non Autosufficienza" e "Disabilità" oltre che per l'attuazione delle azioni e delle linee di investimento della Missione 5 del PNRR:

- Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini
- Autonomia degli anziani non autosufficienti
- Rafforzamento dei servizi sociali a sostegno della domiciliarità
- Percorsi di autonomia per persone con disabilità
- Housing first e Stazioni di posta

6. Un ospedale sicuro e sostenibile

Il PNRR mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica. L'esigenza nasce non solo dalla necessità di assicurare la conformità degli edifici all'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003 ("Primi elementi riguardanti criteri generali per la classificazione sismica del territorio nazionale e norme tecniche per la costruzione in aree sismiche"), che ha rivoluzionato il quadro normativo preesistente, ma, soprattutto, dalla consapevolezza che, tra gli edifici pubblici, gli ospedali rivestono un ruolo strategico in caso di disastro. L'azienda USL Toscana Centro nel 2022 intende avviare il processo di progettazione degli interventi individuati dalla a DGRT 760 del 30/07/2021 "Piano Nazionale

Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 - componente 2 - misura 1.2 «Verso un ospedale sicuro e sostenibile»: individuazione del piano dei fabbisogni per interventi di edilizia sanitaria di adeguamento sismico”.

7. L'accesso ai servizi ed il recupero delle prestazioni arretrate

Nel 2022 si intende garantire il rispetto dei tempi di attesa previsti dal piano gestione liste d'attesa sia per gli interventi chirurgici prioritari sia per le prestazioni diagnostiche che specialistiche, intervenendo anche sull'offerta. Si intende inoltre recuperare gli interventi chirurgici non effettuati per emergenza COVID-19: si prevede di recuperare gli interventi rimandati appena la situazione epidemiologica e la conseguente pressione sulle strutture ospedaliere diminuirà (utilizzando le risorse aziendali ed eventualmente anche contratti in service con le case di cura private, come già fatto in occasione delle precedenti ondate).

8. Lo sviluppo della Telemedicina e della Teleassistenza

I servizi di telemedicina rappresentano un mezzo per contribuire a ridurre i divari territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia. La telemedicina, se correttamente implementata è in grado di garantire una migliore esperienza di cura per gli assistiti e migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto. Si intende sviluppare la telemedicina, attraverso le modalità della tele-assistenza, tele-consulento, tele-monitoraggio e tele-refertazione e sviluppare soluzioni avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare. Nel 2022 si procederà alla pianificazione delle azioni secondo le indicazioni del PNRR e Agenas per l'utilizzo della telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari. Tali azioni implicano il coinvolgimento dello Staff della Direzione Generale (SOC Organizzazione e Progetti tecnologici), della Rete Sanitaria Territoriale, delle Società della Salute, del Dipartimento di Medicina Generale, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica, del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie e del Dipartimento delle Specialistiche mediche e dei Dipartimenti che erogano prestazioni in telemedicina (es. Dipartimento Oncologico).

9. La semplificazione e la digitalizzazione

La Azienda USL sostiene la semplificazione dei processi la digitalizzazione come volano di accessibilità ed efficienza. Nel 2022 l'Azienda UsI Toscana Centro intende mappare le procedure amministrative da semplificare e reingegnerizzare e dare quindi avvio al processo di semplificazione; intende inoltre incrementare la digitalizzazione sia dei documenti sanitari che amministrativi: ulteriori integrazioni della cartella clinica con gli altri applicativi, ulteriore estensione del Fascicolo sanitario elettronico in accordo con

gli obiettivi previsti dal PNRR, digitalizzazione del libretto di gravidanza, pieno utilizzo delle potenzialità del CUP 2.0. Si intende inoltre facilitare l'accesso al dato come patrimonio aziendale, supportare lo sviluppo di cruscotti direzionali e promuovere la cultura digitale tra gli operatori.

Per quanto riguarda la prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza, nel 2022 l'Azienda USL Toscana Centro intende incrementare l'efficienza della mappatura dei processi aziendali e la valutazione dei rischi presenti e promuovere maggiori livelli di trasparenza.

10. L'appropriatezza prescrittiva

L'azienda intende proseguire nell'azione di orientamento e controllo, volta al rigoroso rispetto degli indirizzi regionali e nazionali, attraverso gli strumenti di governo e sensibilizzazione dei prescrittori:

- reportistica per prescrittore (territoriale, MMG, medico specialista ospedaliero);
- responsabilizzazione dei sanitari all'autovalutazione tramite strumenti informatici di supporto;
- monitoraggio delle azioni complessive da parte del Controllo di Gestione;
- gli audit, affinché gli obiettivi economici fissati dalla Regione si traducano in prescrizioni appropriate e sostenibili

11. Gli esiti delle cure come elemento di qualità

Nel 2022 l'azienda USL Toscana Centro intende proseguire con la misurazione e valutazione degli esiti con focus su esiti tempo dipendenti, mortalità post trattamento, lotta alle infezioni correlate all'assistenza, al fine di sviluppare e adottare interventi di miglioramento tramite audit clinici e organizzativi e al fine di promuovere la cultura della qualità. In termini più generale l'analisi degli esiti permette lo studio della variabilità dei processi tra soggetti erogatori; l'analisi dell'ospedalizzazione evitabile e dell'ospedalizzazione ad alto rischio di inappropriatezza (clinica e organizzativa); il monitoraggio dei trend temporali; l'analisi dell'equità nell'assistenza sanitaria, con particolare riferimento alla presenza di disuguaglianze su base socioeconomica, etnica e di genere.

12. La prevenzione e promozione della salute

In considerazione della situazione emergenziale l'obiettivo principale è la prevenzione e profilassi delle malattie infettive e diffuse della collettività con particolare attenzione, oltre che al COVID, anche al mantenimento delle coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate dell'infanzia e per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per le categorie a rischio. Si intende anche recuperare l'attività di prevenzione e promozione della salute rimasta indietro a causa dell'emergenza COVID-19, nonché il

potenziamento delle azioni di vigilanza rivolte in particolar modo alle scuole di ogni ordine e grado, ai centri di accoglienza per migranti e alle attività produttive a maggior rischio infettivo. Resta invariata l'attenzione alle azioni di tutela, sorveglianza, controllo e vigilanza nonché alle funzioni di analisi e descrizione epidemiologica dei fattori di rischio.

Collegamento tra linee strategiche triennali e obiettivi di performance organizzativa 2022

Gli obiettivi di performance organizzativa attuano una o più linee strategiche triennali secondo lo schema logico di collegamento indicato nella tabella 6. Alcuni obiettivi sono trasversali a più linee strategiche.

Tabella 6. Linee strategiche triennali e Obiettivi di Performance organizzativa 2022.

Linee strategiche di riferimento	Obiettivo di Performance organizzativa 2022
1. La prossimità fisica e digitale come valore di sistema rivolto alla centralità della persona	1. Le cure di prossimità: servizi domiciliari, le Case di Comunità, l'infermiere di famiglia e comunità e il fisioterapista di comunità. 2. L'Ospedale di Comunità 3. Le Unità di Continuità Assistenziale 4. Le Centrali Operative Territoriali: COT, "116117" e centrale infermieristica 5. I PDTAS Non Autosufficienza e Disabilità e le linee di intervento della Missione 5 del PNRR
2. La sanità digitale come volano di semplificazione, accessibilità e sostenibilità	8. Lo sviluppo della Telemedicina 9. La semplificazione e la digitalizzazione
3. Equità e tempestività di accesso alle cure	7. L'accesso ai servizi ed il recupero delle prestazioni arretrate
4. L'appropriatezza delle cure come paradigma per la sostenibilità	10. L'appropriatezza prescrittiva
5. La comunicazione e la relazione col paziente come parte integrante e irrinunciabile della cura	4. Le Centrali Operative Territoriali: COT, "116117" e centrale infermieristica 5. I PDTAS Non Autosufficienza e Disabilità e le linee di intervento della Missione 5 del PNRR
6. La misura degli esiti delle cure	5. I PDTAS Non Autosufficienza e Disabilità e le linee di intervento della Missione 5 del PNRR 11. Gli esiti delle cure come elemento di qualità
7. Semplificazione dei processi per crescere e liberare risorse	9. La semplificazione e la digitalizzazione
8. La dematerializzazione dei processi come elemento generativo di informazione	9. La semplificazione e la digitalizzazione
9. La tutela e salvaguardia della salute pubblica	12. La prevenzione e promozione della salute
10. La sanità che promuove lo sviluppo sostenibile	6. Un ospedale sicuro e sostenibile

La valutazione e la misurazione dei risultati di performance organizzativa

Al fine di rendere il processo di programmazione più flessibile gli indicatori per la misurazione dei risultati del budget di attività sono stati raccolti in un documento separato disponibile pubblicamente all'indirizzo: https://www.uslcentro.toscana.it/images/amministrazione_trasparente/performance/relazione_sulla_performance/Repertorio_indicatori_2021_2023.pdf

In tale documento è presente una lista di 403 indicatori di cui 250 quantitativi e 149 qualitativi che costituisce la base da cui ogni anno nel triennio 2021-2023 sono estratti gli indicatori da includere nelle schede B di budget di attività. Il risultato atteso verrà declinato anno per anno; è inoltre possibile che gli indicatori siano adattati al contesto nel momento in cui sono inclusi in schede di budget. Alcuni indicatori potranno essere inoltre personalizzati a seconda delle esigenze. La lista sarà aggiornata su base annuale.

Nella fattispecie degli obiettivi di performance organizzativa 2022, gli indicatori chiave per la misurazione dei risultati sono indicati nelle tabelle a seguire. Ove possibile, oltre al target 2022 è stato indicato anche il valore di baseline, riferito all'ultimo dato disponibile (anno 2020, se non altrimenti specificato).

1. Le cure di prossimità: servizi domiciliari, le Case di Comunità l'infermiere di famiglia e comunità.

Codice	Indicatore	Baseline	Target 2022
PP2022-01	Realizzazione di un piano di potenziamento dei servizi territoriali in conformità con la Decisione 36 del 20/12/2021 della Giunta Regionale Toscana	NA	Produzione di documenti e report
B26.1	Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa	49,8	Miglioramento
B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	11,5	Miglioramento
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	4,8	Miglioramento

2. L'Ospedale di Comunità (OsCo)

Codice	Indicatore	Baseline	Target 2022
PP2022-02	Pianificazione delle indicazioni del PNRR su OsCo	NA	Produzione di documenti e report

3. Le Unità di Continuità Assistenziale

Codice	Indicatore	Baseline	Target 2022
PP2022-03	Transizione dal modello emergenziale al modello ordinario attraverso la pianificazione delle Azioni previste da Agenas	NA	Produzione di documenti e report

4. Le Centrali Operative Territoriali: COT, "116117" e centrale infermieristica

Codice	Indicatore	Baseline	Target 2022
PP2022-04	Progettazione e definizione rapporti e competenze delle Centrali Territoriali e realizzazione di studi di fattibilità	NA	Produzione di documenti e report

5. I PDTAS Non Autosufficienza e Disabilità e le linee di intervento della Missione 5 del PNRR

Codice	Indicatore	Baseline	Target 2022
PP2022-05	Progettazione Missione 5 PNRR: Linee di investimento 1) Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini; 2) Autonomia degli anziani non autosufficienti; 3) Rafforzamento dei servizi sociali a sostegno della domiciliarità; 4) Percorsi di autonomia per persone con disabilità; 5) Housing first e Stazioni di posta	NA	Bandi a valere su misura 5: presentazione progetti da parte delle SdS Toscana Centro e attuazione
ARS-01	Percentuale di anziani presi in carico dai servizi territoriali per la non autosufficienza entro 30 giorni da segnalazione del bisogno	72,88	85
D33Za_2	Anziani non autosufficienti (tasso grezzo x 100) in trattamento socio-sanitario residenziale R2	6,26	12
D22Z	Pazienti trattati in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA2, CIA3)	29	Miglioramento
10.1.1	Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1.000 anziani residenti (indicatore griglia LEA RFC 118)	In corso di verifica	>9.1
PP2022-06	Numero progetti di vita (DGRT 1449/2017, 1642/2019, 1055/2021) elaborati dalle UVMD zonali	Numero progetti 2021	Incremento
PP2022-07	Progettazione sperimentale "Presenza in carico persone disabili e autistiche adulte" (obiettivo POA trasversale 2022)	NA	Produzione di documenti e report

6. Un ospedale sicuro e sostenibile

Codice	Indicatore	Baseline	Target
PP2022-08	Progettazione degli interventi di manutenzione straordinaria previsti dalla Delibera della GRT 760 del 30/07/2021	NA	Produzione di documenti e report

7. L'accesso ai servizi ed il recupero delle prestazioni arretrate

Codice	Indicatore	Baseline	Target
PP2022-09	Volumi interventi di chirurgia oncologica priorità A	2000	Mantenimento volumi 2019
PP2022-10	Nuovi pazienti (incidenti) per patologie croniche ed oncologiche	In corso di verifica	Mantenimento volumi 2019
S.M12.R	Variazione nei volumi per ricoveri per IMA STEMI	-7,1	Miglioramento

8. Lo sviluppo della Telemedicina

Codice	Indicatore	Baseline	Target
PP2022-11	Pianificazione delle azioni previste dal PNRR e Agenas sulla Telemedicina	NA	Produzione di documenti e report
C13.R3	Percentuale televisite in follow-up (MES)	2,9	Miglioramento
PP2022-12	Implementazione del teleconsulto	NA	Miglioramento

9. La semplificazione e la digitalizzazione

Codice	Indicatore	Baseline	Target
PP2022-13	Indentificare le procedure da semplificare in termini di riduzione di passaggi e/o operatori coinvolti ed attuare la semplificazione	NA	Almeno una procedura per Dipartimento Amministrativo
PP2022-14	Per i processi/procedure Aziendali predisporre una modulistica standardizzata in formato digitale al fine di poter poi produrre indicatori in modo automatizzato (esempio richiesta in economia di dispositivi; inventari)	NA	Almeno una procedura per Dipartimento
MI22-01	Diffusione del libretto digitale di gravidanza	5%	30%
B24B.1	Percentuale dematerializzata ed e-prescription	88%	Mantenimento risultati 2020
SD3	Percentuale alimentazione del flusso referti FSE	In corso di verifica	Incremento rispetto al 2020 e 2019

10. L'appropriatezza prescrittiva

Codice	Indicatore	Baseline	Target
FR2022-02	Partecipazione di almeno un rappresentante della Struttura Clinica agli incontri (in presenza o in modalità web) organizzati dalla SOC Governance Farmaceutica e Appropriately prescrittiva per l'uso appropriato dei farmaci sia in ambito ospedaliero che all'atto della dimissione.	NA	Partecipare almeno al 90% degli incontri
FR2022-03	Approfondimento sull'uso appropriato degli antibiotici anche sulla base delle indicazioni della <i>stewardship</i> aziendale. Uniformare il consumo degli antibiotici delle Strutture	In corso di verifica	Riduzione della variabilità tra strutture

11. Gli esiti delle cure come elemento di qualità

Codice	Indicatore	Baseline	Target
PP2022-15	Infarto Miocardico Acuto, rischio di morte a 30 giorni	11,7	Miglioramento
PP2022-16	Infarto Miocardico Acuto, rischio di riammissione a 30 giorni	8,8	Miglioramento
PP2022-17	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	6,6	Miglioramento
PP2022-18	Ictus ischemico, rischio di riammissione a 30 giorni	7,1	Miglioramento
C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)	68,1	Miglioramento
C5.18.2	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati	9,2	Miglioramento
RT03	Riduzione delle ICA in ambito ospedaliero	In corso di verifica	Riduzione rispetto al 2020

12. La prevenzione e promozione della salute

Codice	Indicatore	Baseline	Target
PP2022-19	Copertura vaccinale per vaccinazioni dell'infanzia	93%	95%
B7.2t	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale in anziani	69%	75%
PP2022-20	Copertura vaccinale Covid	80%	90%
VCC5	Percentuale delle dosi di vaccino Covid consumate sulle dosi consegnate	98%	100%
PP2022-21	Adesione corretta dei programmi di screening cervicale	58%	60%
PP2022-22	Adesione corretta dei programmi di screening mammografico	66%	80%
PP2022-23	Adesione corretta dei programmi di screening coloretale	42%	70%

Oltre a tali indicatori chiave, ne potranno essere aggiunti altri, complementari, durante il processo di negoziazione di budget. Al termine del processo di negoziazione di budget il repertorio degli indicatori sarà aggiornato.

Dalla performance organizzativa alla performance individuale

Gli obiettivi di performance individuale, collegati alla performance organizzativa, sono declinati a partire dalle attività e dai progetti definiti in sede di programmazione annuale. Lo scopo a cui tendiamo nei prossimi tre anni è di integrare la performance organizzativa all'interno del sistema di valutazione individuale. In altri termini assicurandoci che la performance individuale venga valutata sulla base di elementi sui quali il valutato ha effettivamente la possibilità di intervenire direttamente evitando, quindi, di collegare tale valutazione ad elementi al di fuori del controllo del valutato o di tipo eccessivamente discrezionali.

Si prevede l'assegnazione degli obiettivi individuali a tutti i dirigenti attraverso la loro attribuzione da parte dei Direttori di struttura. Tale modalità di delega per l'assegnazione degli obiettivi sarà inserita nella serie degli obiettivi di Budget 2022 e potrà prevedere elementi di integrazione con la valutazione individuale.

La scheda "C" di valutazione della performance individuale incide prevalentemente sul risultato della dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa (oltre il 70%), mentre per la Dirigenza Medico Veterinaria e Sanitaria non medica pesa per un 20%. La scheda C è formata da 20 item per ognuno dei quali è previsto un massimo di 5 punti. Per la costruzione degli item sono state considerate tre dimensioni:

- Realizzativa: livello di capacità di iniziativa, sensibilità economica, organizzazione e controllo.
- Manageriale: capacità concettuali e tecniche, abilità gestionali anche in contesti di complessità organizzativo funzionale e abilità nella gestione delle relazioni umane.
- Competenze: capacità di raggiungimento degli obiettivi programmati, di gestione in un contesto di cambiamento e di problemsolving.

Il processo di valutazione è gestito e garantito dalla linea gerarchica attraverso i criteri previsti nel verbale di concertazione con le Organizzazioni sindacali siglato il 27 febbraio 2019. Il sistema di valutazione individuale, data la complessità e numerosità dell'Azienda è implementato in un sistema informatizzato a supporto di tutto il processo. Il processo di valutazione di sostanza in 4 fasi temporali:

1. la compilazione della scheda di valutazione da parte del valutatore di 1° istanza
2. la presa visione da parte del valutato e quindi manifestazione dell'accettazione o contestazione
3. la eventuale valutazione d'intesa in caso di contestazione
4. elaborazione complessiva delle fasce di merito e liquidazione economica.

ALLEGATO 2

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2022-2024

**PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
2022-2024**

Indice generale

1. Riferimenti normativi.....	5
2. Definizioni.....	7
3. Introduzione.....	9
3.1. L'origine dell'anticorruzione in Italia.....	9
3.2. Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).....	10
3.3. La definizione di corruzione.....	10
3.4. La definizione di trasparenza.....	10
3.5. Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza.....	11
3.6. I soggetti coinvolti.....	12
3.6.1. <i>Direzione aziendale</i>	13
3.6.2. <i>Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)</i>	13
3.6.3. <i>Dirigenti di struttura, DIR e RESP</i>	13
3.6.4. <i>Gruppo di lavoro (GDL)</i>	14
3.6.5. <i>Referenti anticorruzione e trasparenza (REF)</i>	15
3.6.6. <i>Dipendenti</i>	15
3.6.7. <i>Stakeholder</i>	15
3.6.8. <i>Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)</i>	15
3.6.9. <i>Servizio Ispettivo Aziendale (SIATC)</i>	16
3.6.10. <i>Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (CRRRA)</i>	16
3.6.11. <i>Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)</i>	16
3.7. Procedura di formazione e adozione del Piano.....	16
3.8. Obiettivi strategici.....	17
3.9. Collegamento con il piano delle performance.....	17
4. Analisi del contesto esterno ed interno.....	18
4.1. Analisi del contesto esterno.....	18
4.1.1. <i>I fenomeni corruttivi e di criminalità organizzata</i>	18
4.1.2. <i>Il contesto territoriale e sociale</i>	21
4.2. Analisi del contesto interno.....	22
4.2.1. <i>La Mission dell'AUSL TC</i>	22
4.2.2. <i>L'organizzazione dell'AUSL TC</i>	23
5. La gestione del rischio.....	27
5.1. Definizione di processo.....	27
5.2. Le aree di rischio.....	27
5.3. Il processo di gestione del rischio.....	28
5.4. Analisi del contesto.....	28
5.5. Analisi del contesto.....	29
5.6. La valutazione del rischio.....	29
5.7. Il trattamento del rischio.....	30
5.8. Procedura per la gestione del rischio corruzione.....	30
5.9. Il catalogo dei processi e il registro dei rischi.....	31
5.10. Stato dell'arte e indicazioni operative.....	32
5.11. Obiettivi.....	32

5.12. Indicatori.....	33
6. La trasparenza.....	34
6.1. Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza.....	35
6.2. Tabella degli obblighi di trasparenza.....	36
6.3. Stato dell'arte e indicazioni operative.....	36
6.4. Obiettivi.....	36
6.5. Indicatori.....	36
7. Accesso civico.....	37
7.1. Stato dell'arte e indicazioni operative.....	37
7.2. Obiettivi.....	37
7.3. Indicatori.....	37
8. Formazione.....	39
8.1. Stato dell'arte e indicazioni operative.....	39
8.2. Obiettivi.....	39
8.3. Indicatori.....	40
9. La gestione del conflitto di interessi.....	41
9.1. Introduzione.....	41
9.2. Obbligo di astensione in caso di conflitti di interessi e di comunicazione.....	41
9.2.1. <i>Stato dell'arte e indicazioni operative</i>	43
9.2.2. <i>Obiettivi</i>	43
9.2.3. <i>Indicatori</i>	43
9.3. La gestione del conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni.....	44
9.3.1. <i>Stato dell'arte e indicazioni operative</i>	45
9.3.2. <i>Obiettivi</i>	45
9.3.3. <i>Indicatori</i>	45
9.4. Le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi.....	45
9.4.1. <i>Stato dell'arte e indicazioni operative</i>	46
9.4.2. <i>Obiettivi</i>	47
9.4.3. <i>Indicatori</i>	47
9.5. La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici.....	47
9.5.1. <i>Stato dell'arte e indicazioni operative</i>	48
9.5.2. <i>Obiettivi</i>	48
9.5.3. <i>Indicatori</i>	48
9.6. La gestione del conflitto di interessi negli incarichi extra-istituzionali.....	48
9.6.1. <i>Stato dell'arte e indicazioni operative</i>	49
9.6.2. <i>Obiettivi</i>	49
9.6.3. <i>Indicatori</i>	49
9.7. Divieti post-employment - Pantouflage.....	50
9.7.1. <i>Stato dell'arte e indicazioni operative</i>	51
9.7.2. <i>Obiettivi</i>	51
9.7.3. <i>Indicatori</i>	51

10. Codice di comportamento.....	52
10.1. Stato dell'arte e indicazioni operative.....	52
10.2. Obiettivo.....	53
10.3. Indicatori.....	53
11. La rotazione straordinaria.....	54
11.1. I reati presupposto.....	54
11.2. Stato dell'arte e indicazioni operative.....	54
11.3. Obiettivi.....	54
11.4. Indicatori.....	55
12. La rotazione ordinaria.....	56
12.1. Stato dell'arte e indicazioni operative.....	56
12.2. Obiettivi.....	57
12.3. Indicatori.....	57
13. Whistleblowing.....	58
13.1. Stato dell'arte e indicazioni operative.....	58
13.2. Obiettivo.....	58
13.3. Indicatori.....	59
14. I patti d'integrità.....	60
14.1. Stato dell'arte e indicazioni operative.....	60
14.2. Obiettivo.....	60
15. Monitoraggio e controllo.....	61
16. Riesame.....	62
17. Allegati.....	63

1. Riferimenti normativi

- D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.** «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»
- Legge Regionale Toscana 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i.** «Disciplina del servizio sanitario regionale»
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i.** «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione»
- D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i.** «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»
- D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e s.m.i.** «Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190»
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e s.m.i.** «Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»
- Legge 30 novembre 2017, n. 179** «Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato»
- Art. 54-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.** «Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti»
- Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.** «Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi»
- D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.** «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche»
- D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.** «Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni»
- D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.** «Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle

persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE»

Regolamento UE 2016/679

«Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE»

D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i. «Codice dei contratti pubblici»

Art. 51 del Codice di Procedura Civile «Astensione del giudice»

Legge 27 marzo 2001, n. 97 e s.m.i. «Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare ed effetti del giudicato penale nei confronti dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni»

Legge 6 agosto 2021, n. 113 «Conversione in legge, con modificazioni, del DL 9 giugno 2021, n. 80, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del PNRR e per l'efficienza della giustizia»

Decreto Legge 30 aprile 2022, n. 36 «Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)»

Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 «Piano Nazionale Anticorruzione 2019»

Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 «Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)»

Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 «Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione»

Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 «Piano Nazionale Anticorruzione 2016»

Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 «Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera lquater, del d.lgs. n. 165 del 2001»

2. Definizioni

ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
DFP	Dipartimento della Funzione Pubblica
AUSL TC/Azienda	Azienda USL Toscana Centro
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PTPCT	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
PIAO	Piano Integrato di Attività e Organizzazione
DG	Direttore Generale
DS	Direttore Sanitario
DA	Direttore Amministrativo
DSS	Direttore dei Servizi Sociali
RPCT	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
GDL	Gruppo di lavoro a supporto del RPCT formato dal personale afferente la struttura SOS Anticorruzione e trasparenza
RESP	Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice
DIR	Direttore di Staff o di Dipartimento. il RESP ricopre anche il ruolo di DIR nel caso in cui la sua struttura non sia inserita in uno Staff o in un Dipartimento
REF	Referenti anticorruzione e trasparenza
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
UPD	Ufficio Procedimenti Disciplinari
SIATC	Servizio Ispettivo Aziendale
CRRA	Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione
RASA	Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
RUP	Responsabile del procedimento negli appalti e nelle concessioni previsto dall'art. 31 del D.Lgs 50/2016
Segnalante	Dipendente pubblico (e assimilati) che invia una segnalazione di illeciti (c.d. whistleblower)
Whistleblowing	Istituto di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti previsto dall'art. 54-bis del D.Lgs. 165/2001

Codici di comportamento	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 62/2013 e il Codice di comportamento aziendale di cui all'art. 54, comma 5 del D.Lgs. 165/2001
Conflitto di interessi	Una situazione di conflitto di interessi si configura quando le decisioni che richiedono imparzialità di giudizio sono adottate da un soggetto che ha, anche solo potenzialmente, interessi privati personali o di terzi, economici o non economici, in contrasto con l'interesse pubblico alla cui cura è preposto
Inconferibilità	Preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal D.Lgs. 39/2013 a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi e a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico
Incompatibilità	Obbligo per il soggetto a cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico

3. Introduzione

L'attività dell'anno 2021 è stata pesantemente condizionata dalla pandemia da Covid-19 che ha compromesso gravemente il regolare svolgimento delle iniziative programmate. L'Azienda, come tutti i soggetti del Servizio Sanitario Nazionale, è stata costretta a impiegare ingenti risorse per fronteggiare la pesante crisi sanitaria, sostenendo costi altissimi anche in termini di vite umane. Per questo motivo, non è stato possibile raggiungere pienamente tutti gli obiettivi previsti nel PTPCT 2021-2023.

Il presente Piano tiene conto della situazione di crisi attuale ed è stato, quindi, predisposto per essere il più possibile uno strumento semplice, sintetico e utile per tutti i soggetti chiamati ad applicarlo restando, comunque, coerente con la strategia di prevenzione delineata dal PNA e dalle Delibere ANAC e in linea con la realtà ed il tessuto sociale ed organizzativo nel quale l'Azienda si trova ad operare.

3.1. L'origine dell'anticorruzione in Italia

L'esigenza di una normativa in materia di prevenzione della corruzione nacque da alcuni studi compiuti dall'UE e dall'OCSE che stimavano un costo per lo Stato di 60 miliardi l'anno, pari al 3,8% del PIL (con una media UE del 1%). In un rapporto del 2011, l'Italia figurava come il terzo paese OCSE più corrotto, con un punteggio CPI (Corruption Perception Index) pari a 6.1 subito dopo Messico e Grecia.

La Legge 190/2012, nel solco della normativa internazionale, è nata come risposta a questa esigenza introducendo, accanto allo strumento "classico" della repressione della corruzione basato sul regime sanzionatorio stabilito dal Codice Penale, un sistema di prevenzione della corruzione e di promozione dell'integrità basato sull'analisi del rischio corruttivo e finalizzato ad anticipare la commissione di condotte illecite, a garantire il corretto utilizzo delle risorse pubbliche e a rendere trasparenti le procedure e imparziali le decisioni delle amministrazioni, attraverso l'adozione di idonee misure di prevenzione.

Il sistema di prevenzione della corruzione è articolato su due livelli:

- Un livello nazionale che prevede l'adozione e l'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), da parte dall'Autorità Nazionale per l'Anticorruzione (ANAC)¹, nel quale si definiscono le strategie per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione e si individuano per ogni settore di attività i principali rischi di corruzione, gli obiettivi, i tempi e le modalità di adozione delle misure di prevenzione;
- Il secondo è quello decentrato in cui ogni amministrazione, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, delle indicazioni contenute nel PNA e del contesto interno ed esterno, predispone annualmente un Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) nel quale individua il proprio grado di esposizione al

¹ L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) è un'autorità amministrativa indipendente il cui compito è quello di prevenire fenomeni corruttivi nell'ambito delle pubbliche amministrazioni (PA) e delle società partecipate e controllate. Svolge il suo compito attraverso un'attività di vigilanza nell'ambito dei contratti pubblici, degli incarichi e comunque in ogni settore della pubblica amministrazione potenzialmente esposto a corruzione.

rischio di corruzione e indica la strategia e le misure volte a prevenire il medesimo rischio e aumentare la trasparenza dei propri processi.

3.2. Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)

Il PTPCT è adottato dalla Direzione Generale, su proposta del RPCT, di norma entro il 31 gennaio di ogni anno. E' pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente nella sezione Altri contenuti Corruzione, insieme a quelli degli anni precedenti.

Ha valenza triennale e individua la strategia di prevenzione della corruzione e il grado di esposizione al rischio dell'Azienda, sulla base delle proprie specificità, indicando gli interventi organizzativi (misure) che contribuiscono a rendere imparziali e trasparenti le decisioni.

Il Piano è destinato a tutti coloro che prestano servizio a qualunque titolo presso l'Azienda. Non è un mero adempimento burocratico ma ha lo scopo di creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole e del principio della legalità condivisa, evitando di generare oneri organizzativi inutili o ingiustificati e privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'integrità.

La violazione delle misure di prevenzione previste nel presente Piano è fonte di responsabilità disciplinare.

3.3. La definizione di corruzione

Come sancito nelle Convenzioni ONU, OCSE, e Consiglio d'Europa, ratificate dall'Italia, con il termine "corruzione" si definiscono tutti quei comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all'adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio, cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli.

Nell'ordinamento penale italiano la corruzione non coincide con i soli reati più strettamente definiti come corruttivi dal Codice Penale (concussione, art. 317, corruzione impropria, art. 318, corruzione propria, art. 319, corruzione in atti giudiziari, art. 319-ter, induzione indebita a dare e promettere utilità, art. 319-quater), ma comprende anche una serie di reati che la legge definisce come "condotte di natura corruttiva" (artt. 319-bis, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353, 353-bis).

3.4. La definizione di trasparenza

Il D.Lgs. 33/2013 definisce la trasparenza come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed

efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione, aperta, al servizio del cittadino.

3.5. Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza

Il sistema di prevenzione descritto nel presente Piano, si pone l'obiettivo di rafforzare le prassi a presidio dell'integrità del pubblico funzionario e dell'agire amministrativo, adottando misure dirette a evitare il manifestarsi di comportamenti corruttivi, contribuendo a garantire il corretto utilizzo delle risorse pubbliche e rendendo trasparenti le procedure e imparziali le decisioni. Il fine ultimo, in sostanza, è la tutela dell'interesse pubblico dal rischio di corruzione limitando la possibilità di corrompere o essere corrotti e aumentando al contempo la fiducia dei cittadini nelle istituzioni.

In particolare, lo scopo è quello di costruire un sistema di misure di ampio spettro capaci di ridurre, all'interno dell'Azienda, il rischio che i pubblici funzionari (intesi in senso ampio come dipendenti pubblici e soggetti a questi assimilabili) adottino comportamenti corruttivi che, anche se non configurabili come reati di corruzione in senso proprio, possono costituire un ambiente favorevole alla loro commissione. In questo vasto ambito rientrano, ad esempio, tutti i reati di cui al Capo I del Titolo II del libro secondo del codice penale ("reati contro la pubblica amministrazione"), i reati di rilevante allarme sociale, i comportamenti contrari a quelli propri di un funzionario pubblico previsti da norme amministrativo-disciplinari anziché penali, fino all'assunzione di decisioni di cattiva amministrazione, quindi, contrarie all'interesse pubblico sotto il profilo dell'imparzialità e/o sotto il profilo del buon andamento (funzionalità ed economicità).

Il sistema, per essere efficace, deve essere in grado di ridurre concretamente il livello di esposizione al rischio dell'Azienda e di coniugarsi con criteri di efficienza e efficacia, privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'integrità. Inoltre, deve tendere al miglioramento continuo attraverso il monitoraggio e la valutazione dell'effettiva attuazione ed efficacia delle misure e il riesame periodico della sua funzionalità complessiva.

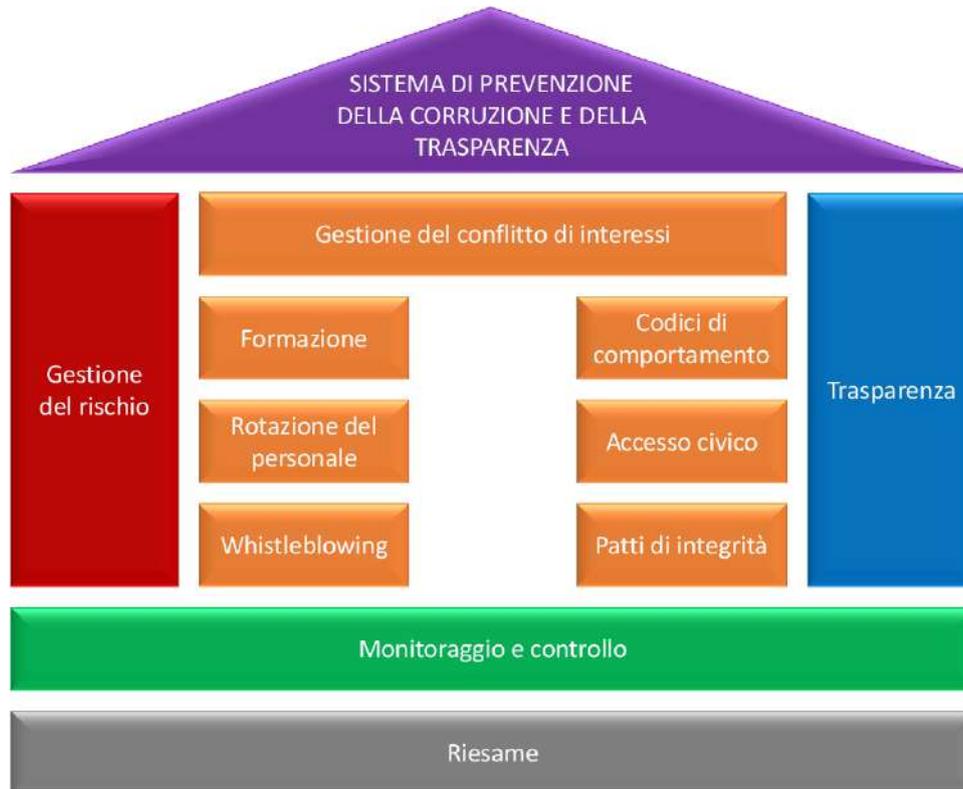
Le misure di prevenzione delineate dal presente Piano si possono classificare in:

- **misure generali:** si caratterizzano per la capacità di incidere sul sistema complessivo di prevenzione, intervenendo in modo trasversale sull'intera Azienda;
- **misure specifiche:** incidono su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio e pertanto sono adeguatamente contestualizzate rispetto a particolari rischi corruttivi.

Nello schema in figura 1 sono rappresentate le due misure principali che costituiscono i pilastri su cui si basa il sistema di prevenzione: gestione del rischio e trasparenza.

A queste si affiancano le altre misure generali di prevenzione previste dal PNA: gestione del conflitto di interessi; codici di comportamento; formazione; accesso civico semplice e generalizzato; rotazione del personale; whistleblowing; patti di integrità e i protocolli di legalità.

Fig. 1 – Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza



Il monitoraggio e il controllo permettono di verificare l’attuazione e l’adeguatezza di tutte le misure di prevenzione adottate nonché il funzionamento complessivo del sistema e si sviluppano su due livelli:

- **Monitoraggio e controllo di primo livello:** effettuato direttamente dal responsabile dell’attuazione della misura generale o specifica nell’ambito dei processi di competenza;
- **Monitoraggio e controllo di secondo livello:** effettuato dal RPCT sull'intero sistema.

I risultati dell’attività di monitoraggio e controllo sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema allo scopo di individuare tempestivamente le modifiche necessarie e garantire il miglioramento continuo.

Per una descrizione approfondita dell’implementazione di ciascuna misura di prevenzione e del monitoraggio e controllo si rimanda alle specifiche sezioni del presente Piano.

3.6. I soggetti coinvolti

Il processo di formazione e attuazione del Piano non riguarda solo il RPCT, ma coinvolge a vario titolo tutti i soggetti aziendali in base alle proprie responsabilità e ai compiti effettivamente svolti.

Per il corretto funzionamento del sistema di prevenzione, è necessario che tutti i livelli organizzativi siano responsabilizzati e contribuiscano allo sviluppo di un tessuto culturale favorevole e consapevole alla prevenzione della corruzione.

Di seguito sono descritti i principali attori coinvolti e le relative responsabilità:

3.6.1. Direzione aziendale

La Direzione Aziendale svolge un ruolo proattivo fondamentale nella definizione delle strategie di prevenzione del rischio corruttivo anche attraverso la creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole.

Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e adotta il Piano.

Nomina il RPCT assicurandogli funzioni e poteri idonei allo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività. A tal fine, dota il RPCT di una struttura organizzativa idonea e proporzionata, con adeguato personale, a cui assegna la titolarità.

Riceve la relazione annuale del RPCT che dà conto dell'attività svolta ed è destinataria delle segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate sull'attuazione del sistema.

3.6.2. Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)

Il RPCT è il soggetto che predispone e propone all'organo di indirizzo il Piano e a cui viene affidato il compito di gestire, coordinare e vigilare sul funzionamento dell'intero sistema di prevenzione. Per un elenco completo delle funzioni e delle responsabilità connesse a questa figura si rimanda all'allegato 3 al PNA 2019.

Il RPCT è stato nominato con delibera n.857 del 11/06/2021.

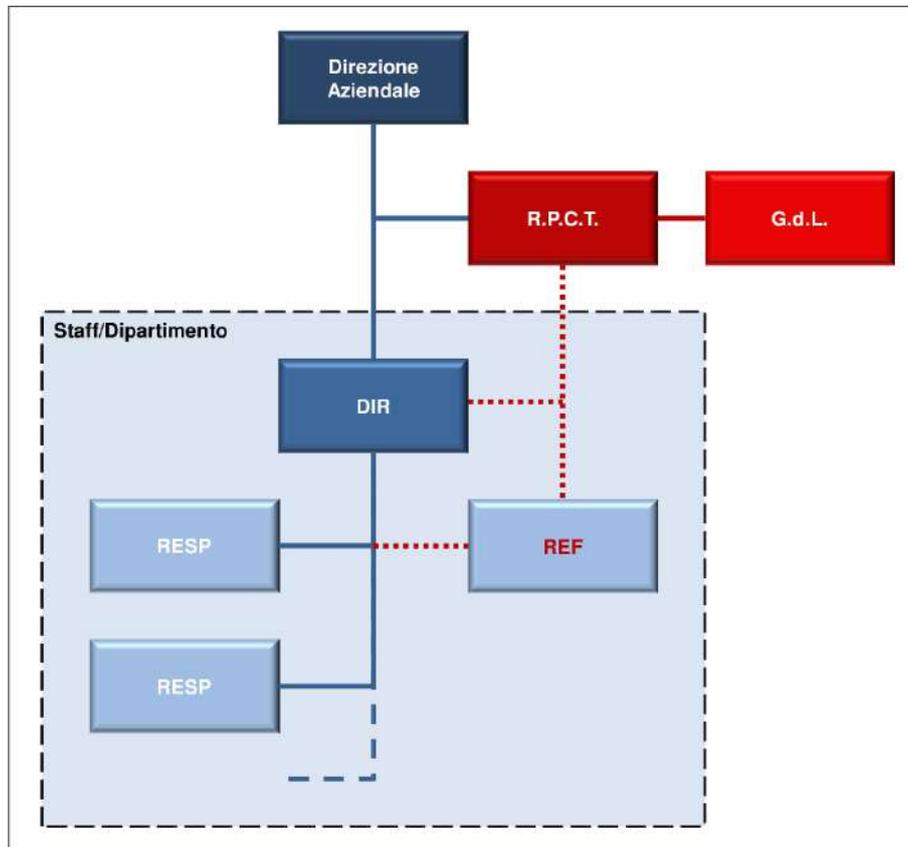
3.6.3. Dirigenti di struttura, DIR e RESP

Tutti i dirigenti nell'ambito delle rispettive competenze:

- concorrono alla valutazione dei rischi e alla definizione delle misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione controllandone il rispetto da parte dei propri collaboratori;
- forniscono le informazioni richieste dal RPCT e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio;
- provvedono al monitoraggio e controllo dei processi di propria competenza e delle relative misure di prevenzione della corruzione;
- assicurano l'adempimento degli obblighi di trasparenza di competenza garantendo l'elaborazione, il reperimento, la trasmissione e la pubblicazione dei dati, documenti e informazioni, oggetto di pubblicazione obbligatoria, sul sito "Amministrazione Trasparente";
- vigilano sull'osservanza del Codice di Comportamento aziendale;
- dispongono, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva;
- quando necessario, avviano l'azione disciplinare nei confronti dei propri dipendenti.

Per garantire il corretto svolgimento delle attività connesse alla gestione del rischio corruzione e all'adempimento degli obblighi di trasparenza, è stato adottato il modello rappresentato in figura 2.

Fig. 2 – Schema dei soggetti interni coinvolti



In base a questo modello, si definiscono RESP tutti i Responsabili di struttura semplice e i Direttori di struttura complessa. Questi, conoscendo il funzionamento dei processi di propria competenza, possono meglio garantire l'attuazione di tutte le misure di prevenzione.

Alla categoria dei DIR appartengono, invece, tutti i Direttori di Staff o Dipartimento. Nel caso in cui la struttura di un RESP non sia inserita in un Dipartimento o in uno Staff, questi ricopre anche il ruolo di DIR. Tutti questi soggetti svolgono un'attività di coordinamento fondamentale per la gestione di un sistema di prevenzione tanto esteso e complesso, svolgendo il ruolo di interfaccia finale con il RPCT.

3.6.4. Gruppo di lavoro (GDL)

Il Gruppo di Lavoro (GDL) supporta il RPCT nello svolgimento di tutte le attività di competenza ed è costituito dai dipendenti appartenenti alla struttura SOS Anticorruzione e Trasparenza.

3.6.5. Referenti anticorruzione e trasparenza (REF)

I Referenti Anticorruzione e Trasparenza (REF) si pongono come figure di collegamento tra DIR, RESP e RPCT effettuando principalmente un'attività di facilitatori nell'ambito del funzionamento dell'intero sistema.

Sono stati nominati su suggerimento dei DIR con delibera n.508 del 06/05/2022 e hanno i seguenti compiti:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT affinché questi abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio del presente Piano;
- supportano operativamente il RPCT nell'attuazione dei propri compiti;
- supportano il proprio Dipartimento/Staff/Struttura nell'attuazione del processo di gestione dei rischi e del processo di pubblicazione dei dati, documenti e informazioni sul sito "Amministrazione Trasparente";
- svolgono all'interno del Dipartimento/Staff/Struttura un ruolo di consulenza e di mediazione allo scopo di ridurre i conflitti, aumentare il coinvolgimento e la partecipazione, stimolare l'analisi e la soluzione dei problemi, in tutte le attività connesse alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza.

3.6.6. Dipendenti

Tutti i Dipendenti (inclusi gli eventuali collaboratori a tempo determinato o i collaboratori esterni) contribuiscono in maniera sostanziale al funzionamento dell'intero sistema di prevenzione e hanno il dovere di prestare la propria collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nel presente Piano e nel Codice di comportamento aziendale. La violazione di questo obbligo costituisce illecito disciplinare.

3.6.7. Stakeholder

La società civile, le organizzazioni portatrici di interessi collettivi e i cittadini tutti, hanno un ruolo fondamentale nel sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza presidiando il perseguimento delle funzioni istituzionali dell'Azienda e il corretto utilizzo delle risorse pubbliche.

3.6.8. Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) svolge un ruolo di coordinamento tra il sistema di gestione della performance e il sistema di prevenzione della corruzione. Verifica che il Piano sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Utilizza i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance del RPCT e dei dirigenti dei singoli uffici titolari della trasmissione e pubblicazione dei dati, promuovendo ed attestando l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. Inoltre, offre un supporto metodologico al RPCT.

3.6.9. Servizio Ispettivo Aziendale (SIATC)

Il Servizio Ispettivo Aziendale (SIATC) svolge le funzioni di controllo e verifica delle disposizioni in materia di conflitto di interessi e incompatibilità del pubblico impiego, sul corretto svolgimento dell'attività libero professionale intra ed extra muraria nonché sull'applicazione del divieto di cumulo di impieghi, in conformità alla Legge 662/1996, così come integrata dalle disposizioni di cui agli artt. 3 e 6 DM 31/07/1997 e del DPCM 27/03/2000 e dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 come modificato dal D.Lgs. 150/2009.

L'Azienda ha attribuito al SIATC anche competenze in materia di verifica della presenza in servizio del personale dipendente o assimilato, nonché ogni altro aspetto di verifica attinente al rapporto di lavoro o ai fini istituzionali, che necessita di interventi specifici e riservati nel pieno rispetto delle norme vigenti.

3.6.10. Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (CRR)

Il Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (CRR), formalmente costituito con la delibera GRT 1069/2016, ha lo scopo di favorire il confronto tra gli RPCT delle Aziende e degli Enti del SSR su argomenti di interesse comune e la condivisione di metodologie e strumenti per la prevenzione della corruzione.

3.6.11. Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) è il dr. Massimo Martellini, Direttore della SOC Appalti e Supporto afferente al Dipartimento dell'Area Tecnica, nominato ai sensi della delibera n.1592 del 31/10/2018. Il RASA verifica e/o compila le informazioni e i dati identificativi della stazione appaltante presso l'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

3.7. Procedura di formazione e adozione del Piano

Il RPCT ha predisposto una bozza preliminare del presente Piano prendendo in considerazione le attività condotte in Azienda anche dal precedente RPCT e i risultati dei confronti effettuati con le altre Aziende Sanitarie del SSR.

La bozza è stata sottoposta all'attenzione della Direzione Aziendale che ha proceduto ad approvarla nella riunione del 18/05/2022.

Successivamente, la bozza è stata sottoposta a consultazione interna mediante pubblicazione sul sito intranet aziendale dal 20/05/2022 al 27/05/2022 e a consultazione pubblica dal 19/05/2022 al 27/05/2022 mediante pubblicazione nella sezione Amministrazione trasparente/Altri contenuti del sito internet aziendale.

Non essendo pervenute osservazioni, il presente Piano è stato adottato con delibera e pubblicato in via definitiva nella sezione Amministrazione trasparente/Altri contenuti del sito internet aziendale.

3.8. Obiettivi strategici

Su suggerimento del RPCT, la Direzione Aziendale ha individuato i seguenti obiettivi strategici tenendo conto delle caratteristiche dell'Azienda e degli esiti dell'attività di monitoraggio del precedente PTPCT:

- Promuovere maggiori livelli di trasparenza;
- Incrementare l'efficienza della mappatura dei processi aziendali e la valutazione dei rischi presenti;
- Procedere con l'aggiornamento del Codice di Comportamento;
- Migliorare la conoscenza e l'utilizzo dello strumento del Whistleblowing;
- Innalzamento del livello qualitativo della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- Migliorare la prevenzione e la gestione dei conflitti di interessi;
- Incentivare l'applicazione della misura della rotazione ordinaria.

3.9. Collegamento con il piano delle performance

Poiché la prevenzione del rischio è parte integrante di tutti i processi decisionali, occorre garantire una sostanziale integrazione con il ciclo di gestione della performance. A tal fine, alle misure programmate nel presente Piano devono, il più possibile, corrispondere specifici obiettivi nel Piano della Performance. Inoltre, nella misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali si deve tener conto dell'attuazione delle misure programmate, della effettiva partecipazione delle strutture e degli individui alle varie fasi del processo di gestione del rischio, nonché del grado di collaborazione con il RPCT.

Nella predisposizione del presente Piano è stato previsto un coordinamento con il sistema della performance aziendale mediante appositi obiettivi e indicatori orientati alla valutazione e al soddisfacimento del fabbisogno formativo del personale in materia.

L'effettiva integrazione tra PTPCT e Piano delle Performance potrà avvenire quando le disposizioni normative relative al Piano Integrato di Attività Organizzazione e Organizzazione (PIAO) saranno consolidate. Preme richiamare l'ultimo aggiornamento normativo² che ha previsto la proroga del PIAO al 30 giugno 2022 mentre *“Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6.”*

² D.L. 30/04/2022, n. 36 “Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)” art. 7, comma 1, lett. a) e b)

4. Analisi del contesto esterno ed interno

Per la predisposizione del presente Piano si è tenuto conto dei fattori abilitanti al rischio corruttivo connessi alle specificità organizzative, dimensionali e di attività dell'Azienda (contesto interno) nonché del contesto territoriale, sociale, economico, culturale e dell'ambiente in cui la stessa opera (contesto esterno).

Di seguito si riporta una sintesi dei risultati dell'analisi del contesto esterno e del contesto interno. Per la mappatura e l'analisi dei processi, si rimanda all'apposita sezione che riguarda la gestione del rischio.

4.1. Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'Azienda si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione. Si tratta di una fase preliminare indispensabile per definire la strategia di prevenzione del rischio corruttivo.

4.1.1. I fenomeni corruttivi e di criminalità organizzata

Per la raccolta dei dati, si è fatto principalmente riferimento al "Quinto rapporto sui fenomeni corruttivi e di criminalità organizzata in toscana anno 2020", elaborato dalla Regione Toscana in collaborazione con la Scuola Normale di Pisa, che rappresenta per tutti gli attori istituzionali, gli agenti economici e gli attori della società civile che operano in toscana, un punto di riferimento per approfondire la conoscenza sulla natura, le caratteristiche e le dinamiche nascoste dei fenomeni corruttivi e di criminalità organizzata. Risulta, quindi, anche utile per affinare gli strumenti di prevenzione e contrasto alla delinquenza inclusi i piani di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Il rapporto esamina in maniera approfondita l'evoluzione dei fenomeni corruttivi e criminali, le loro dinamiche di riproduzione e sviluppo anche alla luce della crisi sanitaria causata dalla pandemia e offre un monitoraggio aggiornato rispetto al funzionamento delle principali politiche pubbliche adottate per prevenirne e ostacolarne gli effetti.

La prima sezione del rapporto si focalizza sui fenomeni di criminalità organizzata, approfondendo lo studio dei principali processi di espansione e riproduzione nella regione. Dall'analisi emerge l'esistenza di una specifica "variante" toscana di riproduzione criminale delle mafie nazionali e transnazionali, con una forte vocazione imprenditoriale che trova realizzazione nel tessuto economico locale, attraverso investimenti di capitali illeciti sia per fini di mero riciclaggio sia con l'obiettivo di fare impresa. Non emergono, tuttavia, elementi che facciano ipotizzare un radicamento organizzativo di tipo "tradizionale" nel territorio da parte delle mafie nazionali, sebbene alcune criticità ambientali, aggravate dagli effetti economici della crisi sanitaria, potrebbero creare nuove opportunità prodromiche di una presenza più incisiva e penetrante.

I dati evidenziano un maggiore interesse delle organizzazioni criminali verso gli investimenti nel settore privato (immobiliare, alberghiero, ristorazione, costruzioni), in misura anche maggiore rispetto al mercato dei contratti pubblici. La vulnerabilità del settore privato sembra essersi

aggravata a causa dell'incremento di domanda di capitali e di compravendite di attività economiche in difficoltà finanziarie dovute all'emergenza sanitaria. Rispetto al mercato dei contratti pubblici e delle concessioni/autorizzazioni, la Toscana è la terza regione del Centro Nord Italia per numero di provvedimenti interdittivi emessi dalle prefetture nel corso del 2020, con una quota pari al 4,5% del totale nazionale, in aumento del 270% rispetto all'anno precedente (34 provvedimenti contro i 9 del 2019). L'incidenza maggiore si registra nei settori del commercio, delle costruzioni e dei servizi.

Il rapporto presenta, inoltre, i principali andamenti relativi alla corruzione politica e amministrativa in Toscana attraverso un aggiornamento sui risultati della content analysis di più di 250 eventi corruttivi avvenuti nel 2020 su scala nazionale, codificati attraverso il progetto C.E.C.O., a cui si aggiunge un approfondimento analitico e comparato tra i principali eventi intercorsi nell'anno. In particolare, viene proposta una valutazione dell'impatto della crisi sanitaria sui fenomeni corruttivi in regione, a partire da un esame dei principali eventi-spia correlati.

Dall'analisi emerge che le pratiche di corruzione, analogamente agli altri fenomeni criminali, mostrano una capacità adattiva rispetto alle mutate condizioni di contesto. Particolarmente nel settore sanitario, l'adozione estensiva di politiche di privatizzazione, liberalizzazione e deregolamentazione, hanno ridotto il coinvolgimento del settore pubblico a vantaggio di forme giuridiche privatistiche, della moltiplicazione di partnership in società miste, della concessione a soggetti privati di attività e funzioni pubbliche, anche tramite strumenti come project financing e general contractor. Questa condizione sembra aver indebolito il controllo e la trasparenza dei processi decisionali che, dato l'alto tasso di arbitrarietà, sono diventati più vulnerabili a scambi occulti sempre più difficilmente rilevabili e perseguibili tramite l'utilizzo dei classici strumenti di controllo e repressione. In queste "nuove" procedure privatizzate, può addirittura verificarsi che i soggetti che dovrebbero esercitare controlli su regolarità ed economicità degli interventi siano scelti, nominati e stipendiati dalle stesse imprese che dovrebbero essere soggette al loro scrutinio.

Il rapporto pone l'accento sull'esistenza di due forme di corruzione sistemica, c.d. "pulviscolare" e c.d. "reticolare", entrambe fondate su meccanismi tendenzialmente spontanei di regolazione, che generano tra i partecipanti una struttura di credenze favorevoli e di legami fiduciari che li incoraggia ad avviare o accettare la transazione, condurla in porto, accettarne i termini, sanzionare gli inadempimenti. Nella corruzione sistemica c.d. "pulviscolare", queste condizioni si manifestano in occasione di incontri tendenzialmente fortuiti tra soggetti disponibili a intercettare e mettere a profitto l'uno la disponibilità dell'altro. Nella corruzione sistemica c.d. "reticolare" prevale, invece, una forma di pressione sociale verso l'adesione e l'adempimento ai patti di corruzione, indotti dal rispetto di quei modelli di condotta che da un lato fissano modalità e criteri di partecipazione e dall'altro prevedono una sorta di "sanzione decentrata" in termini di costo reputazionale, perdita di opportunità e ostracismo nei confronti dei soggetti inadempienti. Entrambe le tipologie di corruzione hanno radici profonde e difficili da intaccare con i normali strumenti di repressione.

Un aspetto molto interessante della questione è che questo tipo di scambi si basa su regole non scritte, prassi e modelli ricorrenti di comportamento che richiedono un altro grado di fiducia reciproca tra i soggetti che vi partecipano e che spesso vengono messi in crisi da fattori endogeni (frodi, truffe, inadempimento della controparte, etc.) ed esogeni al perimetro di scambio occulto (denunce, esposizione pubblica, coinvolgimento in inchieste, etc.). Pertanto, come hanno

dimostrato alcuni casi giudiziari, si sono sviluppate vere e proprie figure di “garanzia” (dirigenti, funzionari pubblici, imprenditori, mediatori, faccendieri, professionisti, gruppi criminali, etc.) aventi una funzione regolatrice simile a quella svolta dei partiti politici al tempo dell’inchiesta “Mani Pulite”.

In questo scenario, la pandemia da virus Covid-19 ha peggiorato la situazione, soprattutto nel sistema sanitario, investendo prima i centri di assistenza e poi l’intero apparato amministrativo. Nell’ultimo rapporto del GRECO (Group of States against Corruption) si evidenzia come il settore sia particolarmente esposto per il bisogno urgente di forniture, il sovraffollamento delle strutture mediche e il sovraccarico sul personale sanitario. Inoltre, essendo uno degli ambiti nei quali la pubblica amministrazione investe maggiori risorse, risulta vulnerabile sia al condizionamento improprio di interessi privati a caccia di profitti illeciti che all’infiltrazione delle mafie.

L’allocazione di risorse straordinarie per far fronte all’emergenza ha imposto l’adozione di procedure di appalto accelerate ad alto contenuto discrezionale, riducendone trasparenza e controllo anche se, il massiccio ricorso a centrali uniche di committenza e soggetti aggregatori, sembra aver disinnescato, almeno in parte, il rischio che nella polverizzazione dei centri decisionali l’ingente flusso di spesa si trasformasse in catalizzatore di circuiti corruttivi. Secondo il rapporto della Regione Toscana, questa necessaria accelerazione delle procedure dovrebbe essere accompagnata da un approccio più attento alla prevenzione sostanziale del rischio corruzione, attraverso:

- l’uso di strumenti come la trasparenza integrale di ogni spesa e attività pubblica;
- l’utilizzo privilegiato di procedure e norme già esistenti che autorizzano un drastico snellimento in caso di urgenza senza abdicare ai controlli istituzionali previsti;
- la valorizzazione e l’estensione di buone pratiche come la vigilanza collaborativa con ANAC e l’utilizzo di indicatori quantitativi di anomalia e “campanelli d’allarme”;
- il rafforzamento dei controlli successivi sulla qualità finale di lavori, servizi e prestazioni;
- l’iniezione su basi meritocratiche di competenze tecniche che facciano da contrappeso alla cultura giuridico-formalistica dominante.

Considerato come il settore sia sicuramente sensibile a diverse forme di condizionamento esterno, che vanno dal collocamento clientelare di personale alla creazione di relazioni e collegamenti con altri esponenti delle istituzioni e del mondo politico, facilmente si possono creare opportunità particolarmente vantaggiose per stabilire rapporti cooperativi, collusivi e corruttivi tra i decisori pubblici e attori del settore privato (imprenditori, professionisti, cliniche private, centri diagnostici, farmacie, società farmaceutiche), in una rete di relazioni nelle quali molteplici attività irregolari, informali e illegali si saldano tra di loro. Gli incentivi al condizionamento improprio delle decisioni di manager e funzionari del settore pubblico, che nel loro ruolo operano scelte di programmazione, spesa pubblica, regolazione e autorizzazione, si sono rafforzati con l’emergenza pandemica, essendo cresciuto sia l’ammontare di risorse in gioco che l’esercizio di poteri discrezionali da parte degli attori pubblici.

In quest’ambito, inoltre, si manifestano frequentemente condizioni di monopolio od oligopolio dei fornitori privati, dovuto ai brevetti relativi a prodotti farmaceutici e apparati medicali, ad esempio,

cui consegue un'elevata discrezionalità nelle decisioni di spesa da parte dei manager/funzionari pubblici. Le condizioni di urgenza determinate dall'emergenza pandemica, imponendo l'adozione di procedure straordinarie, hanno conseguentemente accresciuto la possibilità di scelte non trasparenti svincolate da un'efficace supervisione nelle modalità di utilizzo. Tutto ciò deriva dalle severe "asimmetrie di informazioni" tra i diversi soggetti coinvolti, nonché dalle frequenti possibili situazioni di "conflitto di interessi" tra i ruoli pubblici e gli interessi privati rilevabili in alcune categorie di operatori sanitari.

Per un maggiore approfondimento sui fenomeni corruttivi e di criminalità organizzata in toscana, anche in altri settori, si rimanda al rapporto integrale elaborato dalla Regione e reperibile al seguente indirizzo:

<https://www.regione.toscana.it/documents/10180/23864036/Rapporto+unito+criminalit%C3%A0.pdf/0096efcd-af0e-93dd-b1b9-3a6c755d119c?t=1639737636485>

4.1.2. Il contesto territoriale e sociale

L'AUSL TC è l'Azienda con la più alta densità abitativa regionale, oltre 1,6 milioni di cittadini in 5.000 Km²; la maggioranza della popolazione vive in comuni urbani, in particolare quelli dell'asse residenziale di Firenze, Prato e Pistoia. I comuni dell'Azienda sono 73, ovvero tutti i comuni della città metropolitana di Firenze, delle provincie di Prato e Pistoia oltre a 4 comuni della Provincia di Pisa. Il territorio è suddiviso in 4 otto Zone-Distretto ed informalmente in 4 Aree o Ambiti Territoriali, coincidenti con i territori delle 4 ex ASL dalla cui unione è sorta l'AUSL TC.

La densità di popolazione varia notevolmente fra le otto Zone-Distretto. È massima nella piana tra Firenze, Prato e Pistoia, e minima nel Mugello e tale gradiente, in parte, contribuisce alle differenze territoriali in termini di stili di vita, esposizioni ambientali, profili economici e sociali.

L'Area Territoriale Pistoiese coincide con la provincia di Pistoia e comprende nove comuni della Zona-Distretto Pistoiese e undici di quella della Valdinievole. Nella zona-distretto Pistoiese circa la metà della popolazione vive nel Comune di Pistoia; i comuni della Piana pistoiese, a sud, sono in continuità dell'asse metropolitano fiorentino e pratese, mentre a nord vi sono i Comuni con le caratteristiche delle aree montane. L'Ambito Territoriale Pratese coincide con la Zona-Distretto Pratese e con la provincia di Prato, dove si registra la densità abitativa più alta della Toscana e tra le più elevate in Italia. L'Ambito Territoriale Fiorentino coincide con il territorio della Provincia di Firenze con esclusione degli undici comuni del comprensorio Empolese Valdelsa ed include quattro Zone-Distretto: Fiorentina, con il solo Comune capoluogo; Fiorentina Nord Ovest, con i 7 comuni della cintura metropolitana, con esclusione di Vaglia, tutti i comuni sono collocati nella piana fiorentina; Fiorentina Sud Est con prevalente carattere collinare, comprende il comune collinare di Fiesole, i comuni di Greve in Chianti, Impruneta e quelli della Val di Pesa, San Casciano, Tavarnelle e Barberino Val d'Elsa ed i comuni del Valdarno superiore (Figline e Incisa, Reggello e Rignano sull'Arno). La Zona-Distretto Mugello è geograficamente costituita da una larga conca circondata da colline e aree montuose appenniniche, con oltre il 70% di territorio boschivo, ha la più bassa densità abitativa dell'AUSL TC e tutti i suoi otto Comuni sono classificati come totalmente montani. L'Ambito Territoriale Empolese, coincidente con la Zona-Distretto Empolese, comprende undici comuni della Provincia di Firenze e quattro comuni pisani.

4.2. Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione. Entrambi questi aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza.

4.2.1. La Mission dell'AUSL TC

L'AUSL TC è una azienda pubblica di carattere sanitario e socio-sanitario, senza finalità di lucro la cui funzione è garantire la tutela della salute come diritto di cittadinanza e la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini, espressi in forma individuale o collettiva, attraverso promozione della salute, interventi appropriati di prevenzione, cura e riabilitazione. Eredita e sviluppa la positiva esperienza delle Aziende di Empoli, Firenze, Pistoia e Prato, al servizio di tutte le persone e a tutela della loro salute, impegnandosi con passione e responsabilità per assicurare e migliorare la qualità di vita e il benessere individuale dei suoi assistiti, mediante un'offerta assistenziale globale, personalizzata, sicura e basata sulle evidenze. Ha, come costituente essenziale, le qualità umane, morali e tecniche dei suoi professionisti, con una costante tensione verso la valorizzazione delle eccellenze già sviluppate all'interno delle singole preesistenti Aziende Sanitarie e ricondotte, come standard, nella sua dimensione organizzativa.

Vengono garantiti i livelli essenziali di assistenza anche consolidando l'integrazione fra assistenza territoriale e specialistica in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse. Attraverso la partecipazione degli Enti locali, delle forme sociali impegnate nel campo dell'assistenza (terzo settore), delle Associazioni degli utenti e delle Organizzazioni Sindacali dei lavoratori, persegue e vuole favorire lo sviluppo omogeneo e sostenibile del sistema sanitario. In particolare sostiene il coinvolgimento dei cittadini, dei pazienti e dei loro familiari nelle decisioni sulla salute sia a livello individuale sia collettivo. L'AUSL TC individua negli operatori e nel loro patrimonio professionale la principale risorsa su cui basare l'eticità, l'accoglienza, l'umanizzazione ed un approccio olistico alla cura. I principi fondanti sono:

- centralità del cittadino-utente come riferimento su cui orientare le scelte e la definizione delle priorità di intervento;
- tutela delle fragilità e rispetto delle diversità attraverso la costante lettura delle necessità e specificità dell'individuo da parte di chi opera in Azienda;
- importanza del patrimonio professionale come elemento di crescita culturale e professionale a garanzia dei percorsi assistenziali realizzati con l'apporto fondamentale delle Associazioni del Volontariato;
- confronto con la comunità e le istituzioni per la ricerca di soluzioni per una sanità condivisa e responsabile;
- innovazione come sviluppo professionale, gestionale e tecnologico per sostenere i mutamenti di contesto;

- formazione e informazione come elemento di progresso professionale e culturale per assicurare l'empowerment del paziente per il miglioramento dell'attività clinico – assistenziale;
- qualità della sicurezza dell'ambiente di lavoro nel rispetto della normativa vigente come impegno attivo attraverso l'analisi delle condizioni organizzative;
- rispetto dell'ambiente per migliorare i livelli di salute attraverso l'eliminazione e/o riduzione dell'impatto ambientale che le attività dell'Azienda e delle ditte che hanno rapporti con essa, possono generare.

L'AUSL TC garantisce le pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico. A tal fine favorisce l'attivazione di strumenti atti a verificare, monitorare e risolvere le problematiche connesse alla corretta realizzazione delle pari opportunità aziendali, tramite l'istituzione del Comitato Unico di Garanzia aziendale (CUG). Il CUG contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico con l'obiettivo di migliorare l'efficienza delle prestazioni garantendo, nel contempo, un ambiente di lavoro caratterizzato da rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica. Il Comitato promuove la cultura delle pari opportunità e il rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, attraverso l'esercizio di compiti propositivi, consultivi e di verifica nell'ambito delle competenze che la legge, i contratti collettivi e le altre disposizioni, stabiliscono.

4.2.2. L'organizzazione dell'AUSL TC

L'AUSL TC nasce dall'unificazione delle Aziende Sanitarie Locali 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze e 11 di Empoli con l'obiettivo di realizzare e gestire una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione ed una rete di servizi socio-sanitari in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare. In considerazione dell'ampia dimensione territoriale dell'Azienda, la sfida principale è rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, mantenendo alta l'attenzione alle peculiarità e alle problematiche locali.

Le funzioni operative svolte all'interno dell'Azienda USL Toscana Centro sono state attribuite alle strutture organizzative, secondo le loro assegnazioni all'interno delle aggregazioni dipartimentali, cui sono assegnate le risorse e sono gestite sulla base della programmazione aziendale. L'organizzazione interna è stata articolata in: Dipartimenti, Strutture Operative Complesse e semplici (anche a valenza dipartimentale), Sezioni ed Uffici (per attività sanitarie e tecnico-amministrative rispettivamente), Programmi e Incarichi Professionali.

Il Dipartimento rappresenta lo strumento organizzativo ordinario di gestione, garante della funzione di governo clinico dei percorsi assistenziali e della tutela della salute collettiva. E' un'articolazione organizzativa di coordinamento a valenza aziendale, sovra ordinata rispetto alle Strutture Organizzative ed è costituito da Strutture omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità, tra loro indipendenti, mantenendo la propria autonomia e responsabilità riguardo agli aspetti clinico assistenziali e/o di supporto ai tali percorsi. Aggrega una pluralità di risorse professionali ed articolazioni funzionali integrate, a garanzia della gestione unitaria ed orientata ai processi ed all'integrazione delle competenze coinvolte. Promuove lo

sviluppo delle strategie di governo ad ogni livello organizzativo e professionale attraverso un ampio coinvolgimento ed un'esplicita responsabilizzazione di tutti gli operatori, finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi e del rendimento delle risorse disponibili. È il modulo ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali, sia di tipo tecnico amministrativo sia di tipo professionale sanitario e sociosanitario, con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa finanziaria e di governo clinico. Esso presenta una dimensione minima di almeno tre strutture organizzative complesse. I Dipartimenti agiscono in accordo e sinergia su mandato della Direzione, occupandosi di indirizzare le attività delle strutture afferenti, orientandole verso il raggiungimento degli obiettivi concordati, hanno quindi carattere tecnico-professionale e responsabilità gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione ed utilizzo delle risorse assegnate.

La complessità dei Dipartimenti in termini di trasversalità delle funzioni, ambiti di responsabilità, numero di strutture, risorse gestite e volumi di attività, ha comportato la necessità di istituire Aree funzionali omogenee, finalizzate alla migliore organizzazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali. Le Aree dipartimentali sono pertanto costituite da più Strutture Organizzative omogenee, raggruppate con particolare riferimento all'affinità di patologie, di casistiche o di attività, alla specialità dell'organo, apparato o distretto anatomico ovvero raggruppate per il criterio dell'intensità o della rapidità della cura o per specifici ambiti di responsabilità legata a complessità e innovazione tecnologica.

La Struttura Organizzativa rappresenta infine un'articolazione dell'AUTC che aggrega risorse e competenze professionali al fine di assicurare definite funzioni che possono essere di diversa natura: produzione di prestazioni sanitarie assistenziali, amministrative, di programmazione, di controllo.

La Zona Distretto è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate (art. 64, comma 1 L.R. 40/2005 e ss.mm.ii.).

Tutte le Zone Distretto dell'Azienda hanno costituito la Società della Salute (SdS) ai sensi degli artt. 71 bis e seguenti della L.R.40/2005 e ss.mm.ii. Istituite in Toscana nel 2008, le SdS sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'Azienda USL territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate. Le Società della salute, integrando i servizi e le attività di Comuni e Aziende sanitarie, lavorano per offrire alle persone risposte unitarie ai bisogni sociosanitari e sociali e diventano l'interlocutore privilegiato e la porta di accesso ai servizi territoriali. Il Direttore SdS coincide con il Direttore di Zona.

L'erogazione dei servizi sanitari territoriali di Zona Distretto avviene attraverso le Unità Funzionali (UF), che operano secondo il criterio dell'integrazione degli interventi, per dare una risposta globale alle situazioni di bisogno. Nelle SdS il Direttore assicura il coordinamento fra le UF dell'Azienda e quelle istituite nelle SdS, evitando comunque duplicazioni.

Dal punto di vista organizzativo le Zone Distretto/Società della Salute, in una logica matriciale, rappresentano il punto di intersezione tra i Dipartimenti Aziendali, attraverso l'ufficio di direzione

zonale, le unità funzionali, e il territorio, e garantiscono il coordinamento con gli enti locali e l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Nell'anno 2022 è previsto l'avvio della "gestione diretta" da parte delle SdS secondo quanto stabilito dalla L.R. 40/2005 e ss.mm.ii. e dal PSSIR 2018-2020.

I dipendenti della AUSL TC al 31/12/2021 sono 15.458, di cui 164 responsabili di struttura semplice, 44 responsabili di struttura semplice dipartimentale e 204 responsabili di strutture complesse:

Personale al 31/12/2021	Unità	Di cui resp. di struttura semplice	Di cui resp. di Struttura Semplice Dipartimentale	Di cui resp. di Struttura Complessa
Infermiere	5.912	-	-	-
Medico	2.550	130	37	144
Operatore Socio Sanitario e Operatore Tecnico Addetto all'assistenza	1.909	-	-	-
Personale Ruolo Amministrativo	1.360	-	-	-
Operatore Tecnico	527	-	-	-
Ostetrica	390	-	-	-
Tecnico prevenzione Ambiente e Luoghi di lavoro	372	-	-	-
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	362	-	-	-
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	356	-	-	-
Personale Ruolo Tecnico	278	-	-	-
Fisioterapista	263	-	-	-
Assistente Sociale	201	-	-	-
Educatore Professionale	167	-	-	-
Assistente Sanitario	115	-	-	-
Psicologo	112	6	-	2
Farmacista	72	10	3	3
Logopedista	72	-	-	-
Veterinario	59	-	-	5
Personale Ruolo Sanitario – Altro	57	-	-	-
Biologo	51	6	1	1

Personale al 31/12/2021	Unità	Di cui resp. di struttura semplice	Di cui resp. di Struttura Semplice Dipartimentale	Di cui resp. di Struttura Complessa
Dietista	38	-	-	-
Dir. Prof. San. Infermieristiche, Ostetrica, Tecnici Riabilitazione e Prevenzione	34	3	-	12
Ingegnere	34	2		14
Dirigente Amministrativo	32	3	3	19
Tecnico neuro fisiopatologia	29	-	-	-
Tecnico delle neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva	19	-	-	-
Fisico	18			2
Ortottista Assistente Oftalmologia e Ottico	15	-	-	-
Tecnico della Riabilitazione psichiatrica	15	-	-	-
Chimico	8	1	-	-
Tecnico Audiometrista	7	-	-	-
Podologo	6	-	-	-
Odontoiatra	4	1	-	-
Odontotecnico	3	-	-	-
Architetto	2	-	-	-
Dirigente Assistente Sociale	2	2	-	-
Avvocato	2	-	-	1
Tecnico Ortopedico	2	-	-	-
Sociologo	1	-	-	-
Statistico	1	-	-	1
Terapista Occupazionale	1	-	-	-
Totale	15.458	164	44	204

5. La gestione del rischio

Per “gestione del rischio” si intende l’insieme delle attività, verifiche, procedimenti, controlli etc. poste in essere dai vari soggetti aziendali coinvolti nel sistema di prevenzione, coordinate tra di loro al fine di ridurre il rischio di corruzione e tenere sotto controllo il funzionamento dell’Azienda, in conformità ai principi fondamentali contenuti nella norma ISO 31000.

La gestione del rischio ha come obiettivo quello di analizzare tutti i processi aziendali e individuare le idonee misure specifiche di prevenzione che favoriscano il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e siano in grado di prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

E’ un’attività complessa che si caratterizza per la consultazione e il coinvolgimento attivo di tutti i dirigenti responsabili dei processi per le aree di rispettiva competenza, dei loro collaboratori e degli stakeholder, sotto il coordinamento del RPCT.

La gestione del rischio deve tendere ad una effettiva riduzione del livello di esposizione dell’organizzazione ai rischi corruttivi e coniugarsi con criteri di efficienza e efficacia complessiva dell’Azienda, evitando di generare oneri organizzativi inutili o ingiustificati e privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull’integrità.

5.1. Definizione di processo

Per processo si intende un insieme di attività correlate e interagenti che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all’Azienda (cliente). Il processo che si svolge nell’ambito dell’Azienda può da solo portare al risultato finale o porsi come parte di un processo più complesso che può anche prevedere il coinvolgimento di più amministrazioni.

Fig. 3 - Schema di un processo



5.2. Le aree di rischio

La gestione del rischio deve riguardare tutte le aree di rischio con particolare riferimento a quelle che, secondo la Legge 190/2012 e il P.N.A., sono più critiche nelle pubbliche amministrazioni e, nello specifico, negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale:

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Contratti Pubblici;
- Acquisizione e gestione del personale;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Incarichi e nomine;
- Affari legali e contenzioso;
- Attività libero professionale;
- Liste di attesa;
- Rapporti con soggetti erogatori;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Sono state previste due ulteriori aree di rischio specifiche per l’Azienda nelle quali far confluire tutti i processi risultanti dall’attività di mappatura che non trovano collocazione nelle aree di rischio sopra riportate:

- Attività sanitarie non riconducibili ad altre aree di rischio;
- Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio.

5.3. Il processo di gestione del rischio

La gestione del rischio si sviluppa nelle fasi riportate in figura 4: analisi del contesto, valutazione del rischio e trattamento del rischio, cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali di consultazione e comunicazione, monitoraggio e controllo. Queste, sono poste in atto in maniera sequenziale e “ciclica” in modo da favorirne il miglioramento continuo utilizzando l’esperienza accumulata e adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

Di seguito si descrivono nel dettaglio le varie fasi del processo e i risultati della loro implementazione.

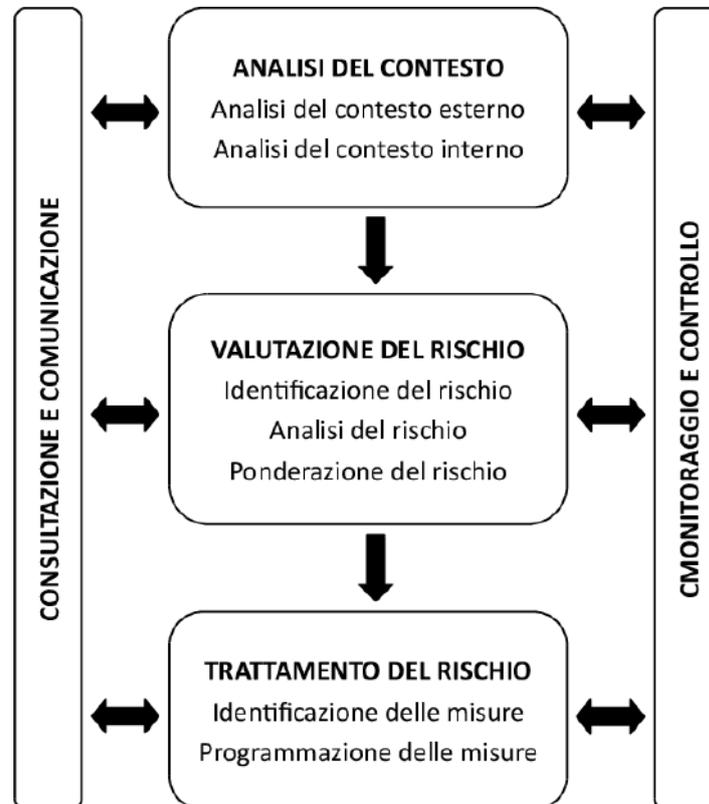
5.4. Analisi del contesto

Come descritto nel capitolo 4 del presente Piano, nell’analisi del contesto si acquisiscono le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell’ambiente in cui opera l’Azienda (contesto esterno) e all’organizzazione (contesto interno).

L’analisi del contesto interno include anche la mappatura dei processi che, attraverso le fasi di identificazione, descrizione e rappresentazione, consente di esaminare l’intera attività svolta dall’Azienda e di individuare le criticità presenti, in funzione delle modalità di svolgimento, che

permettono il concretizzarsi di rischi corruttivi. Tutti i processi mappati sono riportati all'interno del Catalogo dei processi e registro dei rischi (Allegato 1).

Fig. 4 - Il processo di gestione del rischio



5.5. Analisi del contesto

Come descritto nel capitolo 4 del presente Piano, nell'analisi del contesto si acquisiscono le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera l'Azienda (contesto esterno) e all'organizzazione (contesto interno).

L'analisi del contesto interno include anche la mappatura dei processi che, attraverso le fasi di identificazione, descrizione e rappresentazione, consente di esaminare l'intera attività svolta dall'Azienda e di individuare le criticità presenti, in funzione delle modalità di svolgimento, che permettono il concretizzarsi di rischi corruttivi. Tutti i processi mappati sono riportati all'interno del Catalogo dei processi e registro dei rischi (Allegato 1).

5.6. La valutazione del rischio

La valutazione del rischio ha lo scopo di identificare, analizzare e ponderare i rischi di corruzione presenti nei processi che possono minare il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa, al fine di individuare le priorità di intervento e le misure specifiche di prevenzione. È fondamentale identificare tutti gli eventi rischiosi che, anche ipoteticamente, potrebbero verificarsi all'interno di ciascuna attività del processo perché, se un evento rischioso

non viene correttamente identificato, non potrà essere adeguatamente trattato. L'analisi dei rischi permette, inoltre, di individuare i fattori abilitanti che favoriscono il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. A ciascun rischio, infine, deve essere associato un livello di esposizione per individuare quelli sui cui è necessario intervenire in maniera prioritaria con adeguate misure di prevenzione.

5.7. Il trattamento del rischio

Nella fase di trattamento si definiscono le misure specifiche di prevenzione più idonee per neutralizzare il rischio che devono essere integrate con quelle già esistenti, sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo, adattate alla realtà aziendale e coerenti con gli indirizzi forniti dal PNA. Inoltre, devono essere adeguatamente programmate individuando fasi, modalità attuative, tempistiche, indicatori e responsabilità della loro attuazione.

5.8. Procedura per la gestione del rischio corruzione

L'Azienda è una delle realtà più ampie non solo nel panorama delle aziende sanitarie toscane, ma anche in abito nazionale, sia come territorio di competenza che come presenza e diffusione di presidi ospedalieri e sanitari, di uffici, di personale etc.

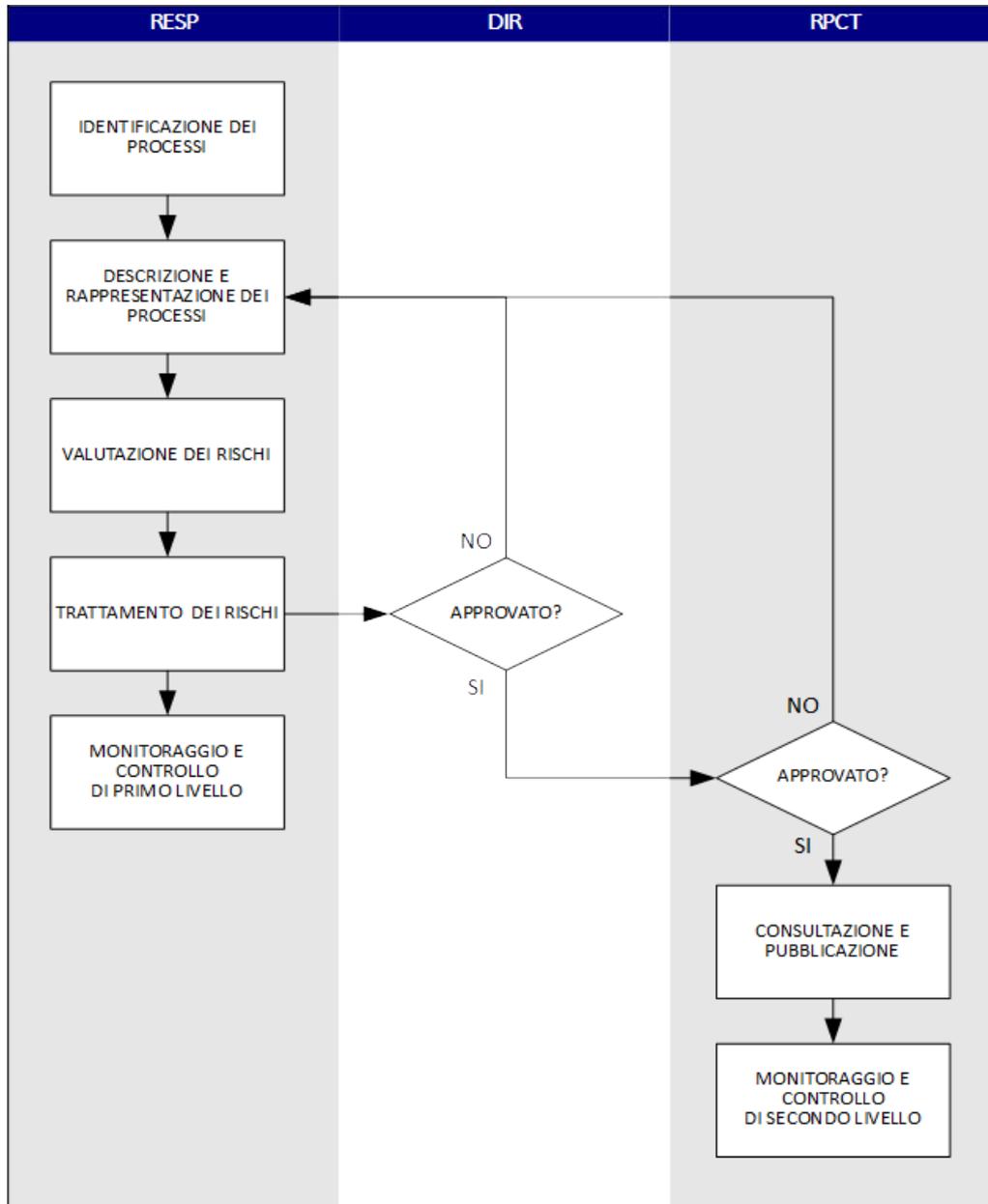
L'elevato numero di processi che in essa si svolgono e la loro articolazione rende particolarmente difficoltosa l'implementazione del processo di gestione del rischio, così come delineato nei paragrafi precedenti.

Affinché il RPCT possa svolgere correttamente l'attività di coordinamento che la legge gli assegna, è necessario un metodo altamente strutturato che preveda la distribuzione a cascata dei compiti e delle responsabilità. E' necessario coinvolgere le figure aziendali che hanno la responsabilità della gestione dei processi, poiché meglio ne conoscono le caratteristiche e le criticità e sono in grado di proporre misure concrete e idonee per la riduzione del rischio.

Per rispondere a questa esigenza è stata predisposta la Procedura per la gestione del rischio corruzione PA.DA.03, allegata al presente piano (Allegato 3), il cui diagramma di flusso è riportato in figura 5. Nella procedura sono definite nel dettaglio le modalità di conduzione del processo di gestione del rischio, le relative responsabilità e i meccanismi di coordinamento del RPCT con tutti i soggetti aziendali coinvolti.

Il RPCT vigila e coordina tutte le attività del processo di gestione del rischio coinvolgendo e supportando i DIR, i RESP e i REF in tutte le fasi. Particolare attenzione è posta sulla qualità dei rapporti allo scopo di favorire una interlocuzione aperta ed informale orientata alla risoluzione attiva delle problematiche eventualmente presenti.

Fig. 5 - Diagramma di flusso della procedura per la gestione del rischio corruttivo



5.9. Il catalogo dei processi e il registro dei rischi

I processi mappati e i risultati del processo di gestione del rischio (tra cui rischi, fattori abilitanti, misure di prevenzione, indicatori etc.) sono riportati all'interno del Catalogo dei processi (Allegato 1) che funge anche da Registro dei rischi.

Per favorirne la consultazione, anche i risultati del monitoraggio e del controllo di II livello, ove effettuato, saranno riportati all'interno delle schede di analisi di ciascun processo così come previsto dalla suddetta procedura.

5.10. Stato dell'arte e indicazioni operative

Nel corso del 2021 è stato rivisto l'intero processo di gestione del rischio allo scopo di renderlo più coerente con le indicazioni contenute nel PNA. Questo ha prodotto una profonda revisione degli strumenti utilizzati e comportato la necessità di affiancare all'attività di analisi quella di riesame dei processi già conclusi e pubblicati nei precedenti PTPCT, allo scopo di aggiornarli, rendere omogenei i risultati e riportate tutto in un unico catalogo.

Al momento dell'approvazione del presente Piano, sono stati analizzati o aggiornati i seguenti processi:

- n. 9 del Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione;
- n. 2 del Dipartimento Area Tecnica;
- n. 7 del Dipartimento del Decentramento;
- n. 7 attinenti alla Direzione Amministrativa
- n. 2 del Dipartimento del Farmaco;
- n. 2 del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa;
- n. 4 del Dipartimento della Prevenzione;
- n. 1 del Dipartimento Rete Ospedaliera;
- n. 5 del Dipartimento delle Risorse Umane
- n. 3 allo Staff della Direzione Sanitaria.

L'emergenza Covid-19 che ha investito e ancora investe, in particolare modo, le Aziende sanitarie, unita alla carenza di personale esistente nelle strutture aziendali, non ha reso possibile completare il riesame di tutti i processi afferenti ai Dipartimenti della Prevenzione, Area Tecnica, Risorse Umane, Servizi Tecnici Sanitari, Servizi Sociali, Specialistiche Chirurgiche, Specialità Mediche e Rete Ospedaliera, che saranno presi in esame il prima possibile.

5.11. Obiettivi

Per il 2022 l'obiettivo è quello completare la revisione dei processi in sospeso e di migliorare progressivamente l'implementazione di tutte le fasi del processo di gestione dei rischi in funzione delle risorse disponibili, dando priorità alle aree di rischio maggiormente esposte individuate da ANAC. Sarà effettuata almeno l'analisi di un processo per ciascun dipartimento non ancora interessato dall'attività di analisi.

Considerato l'elevato numero di processi aziendali, è ragionevole supporre che solo nel medio periodo, ovvero entro il periodo di validità del presente Piano, sarà possibile completarne l'analisi.

5.12. Indicatori

Nel catalogo dei processi, per ciascuna misura specifica di prevenzione sono riportati gli indicatori di attuazione, i target e le scadenze. In aggiunta a questi, per il monitoraggio di secondo livello sull'attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
Tutti i DIR	Trasmissione al RPCT dell'elenco aggiornato di tutti i processi di competenza dello Staff/Dipartimento/Struttura (SI/NO)	SI	31/12 di ogni anno
Tutti i DIR	Analisi completa di almeno un processo di competenza che non sia già presente nel catalogo dei processi allegato al presente Piano (Allegato 1), in conformità alla procedura per la gestione del rischio corruzione (SI/NO)	SI	31/12 di ogni anno

6. La trasparenza

La trasparenza deve intendersi come l'accessibilità totale dei dati, documenti e informazioni 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.

È una misura fondamentale di prevenzione della corruzione che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è anche da considerare come condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integrando il diritto ad una buona amministrazione, aperta, al servizio del cittadino.

Le disposizioni in materia di trasparenza amministrativa contenute nel D.Lgs. 33/2013, inoltre, integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117, comma 2, lettera m), della Costituzione.

Gli obiettivi sopra elencati possono essere perseguiti attraverso la pubblicazione nella sezione del sito aziendale "Amministrazione Trasparente" dei dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria, che riguardano l'organizzazione e l'attività dell'Azienda, insieme allo strumento dell'Accesso Civico.

La pubblicazione deve rispettare i criteri di qualità espressamente indicati dalla norma ovvero: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità. Inoltre, deve avvenire in conformità alle specifiche e alle regole tecniche previste dalla legge e dall'ANAC.

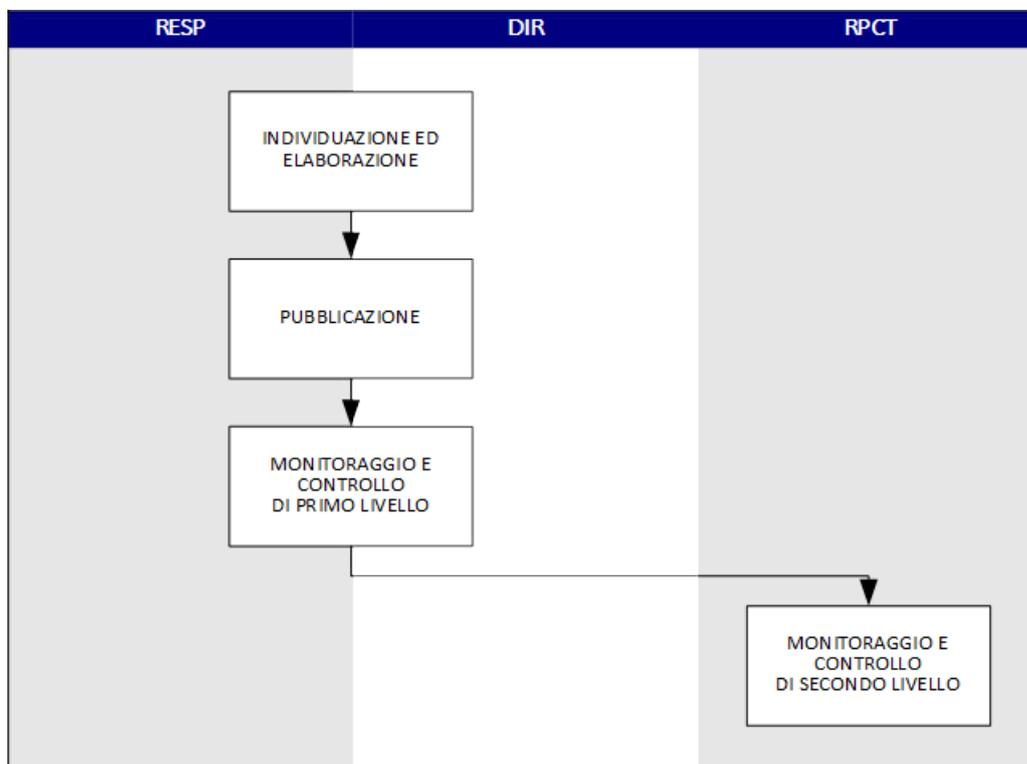
Come chiarito dalla Corte Costituzionale, nel perseguire gli obiettivi di trasparenza imposti dalla normativa, si deve comunque sempre effettuare un bilanciamento tra il diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni. Quindi, prima di procedere alla pubblicazione di dati, documenti o informazioni contenenti dati personali (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) è necessario verificare che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.Lgs. 33/2013 o in altre normative di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione. Inoltre, l'attività di pubblicazione deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. Per un approfondimento sulle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sui siti istituzionali per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, si rimanda alle linee guida fornite dal Garante per la protezione dei dati personali.

6.1. Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza

Come per la gestione del rischio, le dimensioni e l'articolazione organizzativa dell'Azienda nonché l'elevato numero di processi che in essa si svolgono, richiede una gestione strutturata anche del processo di pubblicazione dei dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria.

Per rispondere a questa esigenza è stata predisposta la Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza PA.DA.04, allegata al presente Piano (Allegato 4), il cui diagramma di flusso è riportato in figura 6. Nella procedura sono definite le modalità per garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati, documenti e informazioni nella sezione del sito aziendale "Amministrazione Trasparente", le relative responsabilità e i meccanismi di coordinamento del RPCT con tutti i soggetti aziendali coinvolti.

Fig. 6 - Diagramma di flusso della procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza



Il RPCT vigila e coordina tutte le attività del processo di gestione degli adempimenti di trasparenza coinvolgendo e supportando i DIR, i RESP e i REF in tutte le fasi attraverso canali formali ed informali. Anche in questo caso, particolare attenzione è posta sulla qualità dei rapporti allo scopo di favorire una interlocuzione aperta ed informale orientata alla risoluzione attiva delle problematiche.

6.2. Tabella degli obblighi di trasparenza

Nell'Allegato 2 al presente Piano è presente uno schema, conforme alle indicazioni fornite da ANAC, in cui sono elencati gli obblighi di pubblicazione di competenza della Azienda, le strutture responsabili e le scadenze previste.

6.3. Stato dell'arte e indicazioni operative

Nel corso del 2021 è stato effettuato un aggiornamento dell'Allegato 2 attraverso la ricognizione di tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 33/2013 e da altre norme (p.e. D.Lgs. 50/206, D.Lgs. 117/2017, Legge 24/2017 etc.) insieme alla verifica della corretta attribuzione delle relative responsabilità.

Sono state effettuate n. 3 attività di monitoraggio di primo e secondo livello, che hanno permesso di migliorare e rendere più completa l'attività di pubblicazione dei dati obbligatori su Amministrazione Trasparente e di migliorare il supporto ai DIR e ai RESP nella gestione delle attività di loro competenza.

6.4. Obiettivi

Per il 2022 l'obiettivo è quello di migliorare progressivamente il livello di qualità della pubblicazione su tutti gli aspetti richiamati dalla norma anche attraverso una maggiore collaborazione con tutti i soggetti aziendali coinvolti nel processo.

Inoltre, compatibilmente con le risorse disponibili, si cercherà di rendere ancora più efficiente l'attività di monitoraggio e controllo sui dati, documenti e informazioni pubblicate, anche attraverso l'adozione di strumenti informatici idonei.

In collaborazione con le altre strutture aziendali competenti, e compatibilmente con la situazione di emergenza, nel corso del 2022 sarà organizzata una giornata della trasparenza per presentare il presente Piano alle associazioni di consumatori o utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato.

6.5. Indicatori

Per il monitoraggio di secondo livello sull'attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
DIR di Staff DIR Dipartimenti amministrativi DIR SOC Affari Generali DIR SOC Affari legali e avvocatura DIR Acquisizione Beni e Servizi DIR SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni DIR Dipartimento della prevenzione	N° di obblighi di pubblicazione di competenza dello Staff-Dipartimento-Struttura pienamente soddisfatti entro la scadenza / N° di obblighi di competenza scaduti	100%	31/12 di ogni anno

7. Accesso civico

L'accesso civico è uno strumento fondamentale per l'attuazione dei principi di trasparenza all'interno dell'Azienda. Esso si differenzia in due tipologie: accesso civico generalizzato e accesso civico semplice.

L'accesso civico generalizzato prevede che chiunque abbia diritto di accedere ai dati, documenti o informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tassativamente indicati dalla legge, che contestualmente vengono in evidenza. Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

L'accesso civico semplice prevede che chiunque abbia il diritto di richiedere al RPCT i dati, i documenti o le informazioni, soggette a pubblicazione obbligatoria in base alla normativa vigente, nel caso in cui sia stata omessa la loro pubblicazione. Questa tipologia di accesso riguarda, quindi, i dati, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce uno strumento attraverso il quale si può realizzare il "controllo" sociale previsto dall'art. 1 del D.Lgs. 33/2013.

Il richiedente, nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso generalizzato o di mancata risposta entro il termine prescritto, ovvero i contro interessati, nei casi di accoglimento della richiesta di accesso nonostante la loro opposizione, possono presentare, rispettivamente ai sensi dell'art. 5 comma 7 e comma 9 del D.Lgs n.33/2013, richiesta di riesame al RPCT, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni.

7.1. Stato dell'arte e indicazioni operative

Con delibera n.1206 del 26/08/2021 e successiva delibera di rettifica n.453 del 15/04/2022, è stato adottato il Regolamento aziendale in materia di diritto di accesso documentale, accesso civico semplice, accesso civico generalizzato che disciplina le modalità aziendali di esercizio delle tre tipologie di accesso (diritto di accesso agli atti o documentale ex Legge 241/90 e ss.mm.ii., diritto di accesso civico semplice, ai sensi dell'art. 5, comma 1 D.Lgs. n. 33/2013, diritto di accesso civico generalizzato ai sensi dell'art. 5, comma 2, D.Lgs 33/2013) ed i casi di esclusione e differimento.

7.2. Obiettivi

Per il 2022 l'obiettivo è quello di favorire l'applicazione dell'istituto dell'accesso civico da parte di tutti i soggetti aziendali coinvolti.

7.3. Indicatori

Per il monitoraggio di secondo livello sull'attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
DIR della SOC	N° di richieste di accesso civico generalizzato	100%	31/12 di ogni

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
Affari Generali	elaborate entro la scadenza prevista / N° di richieste di accesso civico generalizzato in scadenza nell'anno		anno
RPCT	N° di richieste di accesso civico semplice elaborate entro la scadenza prevista / N° di richieste di accesso civico semplice in scadenza nell'anno	100%	31/12 di ogni anno
RPCT	N° di richieste di riesame elaborate entro la scadenza prevista / N° di richieste di riesame in scadenza nell'anno	100%	31/12 di ogni anno

8. Formazione

Tra le principali misure generali di prevenzione rientra la formazione dei dipendenti in materia di etica, integrità ed altre tematiche inerenti il rischio corruttivo.

Gli interventi formativi servono a fornire ai destinatari strumenti decisionali in grado di porli nella condizione di affrontare i casi critici e problemi etici che incontrano in specifici contesti e di riconoscere e gestire i conflitti di interessi così come situazioni lavorative problematiche che possono dar luogo a corruzione.

8.1. Stato dell'arte e indicazioni operative

A causa della situazione pandemica, molti interventi formativi in presenza programmati per il 2021 non sono stati effettuati. L'attenzione, pertanto, si è concentrata maggiormente sulla formazione a distanza effettuata tramite la piattaforma messa a disposizione dal FORMAS.

L'Azienda, in collaborazione con le altre Aziende ed Enti del SSR, ha attivato i seguenti corsi FAD sulla piattaforma regionale FORMAS:

- “Prevenzione della corruzione e codice di comportamento: Lo specifico ambito sanitario. Corso base” rivolto ai lavoratori della Azienda USL Toscana centro del comparto, di tutti i ruoli di categoria A, B e C. Il corso attivato nell'anno 2020, rappresenta una primaria sensibilizzazione alle tematiche della legalità e lotta alla corruzione attraverso l'analisi generale della normativa sull'anticorruzione e sul Codice di comportamento dei pubblici dipendenti;
- “Il sistema di prevenzione e repressione della corruzione – Corso avanzato” rivolto ai lavoratori della Azienda USL Toscana centro del comparto, di tutti i ruoli di categoria D e superiore, ed a tutti i dirigenti aziendali. Il corso attivato nel 2021, approfondisce gli argomenti già trattati nel corso base, ponendo una maggiore attenzione al sistema della repressione della corruzione e diffusione della cultura della legalità e al Codice di Comportamento dei pubblici dipendenti. Inoltre è prevista una sezione specifica sul sistema di prevenzione della corruzione aziendale.

Oltre ai suddetti corsi FAD, sono stati effettuati due incontri di formazione a distanza con i REF con l'obiettivo di fornire una formazione introduttiva sotto gli aspetti teorici e pratici nelle materie dell'anticorruzione e della trasparenza, necessaria per svolgere la funzione di supporto all'RPCT e al Dipartimento/Struttura di appartenenza.

8.2. Obiettivi

Per il triennio 2022-2024 l'obiettivo è quello di migliorare il livello della formazione utilizzando un approccio più basato sul coinvolgimento attivo dei discenti, attraverso la valorizzazione delle loro esperienze e una maggiore focus su casi concreti.

Oltre al completamento dei corsi FAD attivi entro il 2022, è prevista l'effettuazione di un ciclo di 10 incontri dal titolo “Anticorruzione e Trasparenza: aggiornamenti normativi”, destinati ai direttori di struttura e ai titolari di incarichi di funzione, per approfondire i recenti sviluppi normativi in materia di anticorruzione e trasparenza.

Inoltre, sono in corso di progettazione ulteriori incontri mirati con i REF per approfondire le metodologia e gli strumenti alla base della gestione del rischio e del processo di pubblicazione sul sito “Amministrazione Trasparente”.

Nel corso di validità del presente Piano, saranno programmati anche dei percorsi specifici destinati:

- ai nuovi assunti attraverso la formazione a distanza (FAD);
- per garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione ordinaria;
- all’approfondimento dei contenuti del codice del comportamento aziendale in seguito al previsto aggiornamento;

8.3. Indicatori

Per il monitoraggio di secondo livello sull’attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
RPCT	Attivazione del corso di formazione “Anticorruzione e Trasparenza: aggiornamenti normativi” (SI/NO)	SI	31/12/2022
RESP della SOC Formazione	Percentuale di dipendenti del comparto categoria D, DS e di dirigenti aziendali che hanno completato il corso FAD “Il sistema di prevenzione e repressione della corruzione – Corso avanzato”	90%	31/12/2022
RESP della SOC Formazione	Percentuale di dipendenti del comparto, categoria A, B e C che hanno completato il corso FAD “Prevenzione della corruzione e codice di comportamento: Lo specifico ambito sanitario. Corso base”	90%	31/12/2022

9. La gestione del conflitto di interessi

9.1. Introduzione

Dalla definizione di corruzione si evince chiaramente che la prevenzione dei fenomeni corruttivi si realizza soprattutto attraverso l'individuazione e la corretta gestione dei conflitti di interessi.

Una situazione di conflitto di interessi si configura quando le decisioni che richiedono imparzialità di giudizio sono adottate da un soggetto che ha, anche solo potenzialmente, interessi privati personali o di terzi, economici o non economici, in contrasto con l'interesse pubblico alla cui cura è preposto. La definizione ha un'accezione ampia e attribuisce rilievo a qualsiasi posizione che, anche potenzialmente, possa minare il corretto agire amministrativo e compromettere l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale. Si tratta, quindi, di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'interesse pubblico, a prescindere dal fatto che ad essa segua o meno una condotta impropria.

Una situazione di conflitto di interessi può anche non limitarsi ad una o più decisioni o a una tipologia di atti, ma essere generalizzata e permanente, c.d. "strutturale", in relazione alle posizioni ricoperte e alle funzioni attribuite. In altri termini, l'imparzialità nell'espletamento dell'attività amministrativa potrebbe essere pregiudicata in modo sistematico da interessi personali o professionali derivanti, ad esempio, dall'assunzione di un incarico seppure compatibile in base alla normativa vigente.

La normativa affronta il tema della gestione del conflitto di interessi sotto profili diversi:

- Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi e di comunicazione;
- La gestione del conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni;
- Le ipotesi di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi;
- La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici;
- La gestione del conflitto di interessi negli incarichi extra-istituzionali;
- Divieti post-employment - Pantouflage.

Ciascuna fattispecie è stata approfondita nei paragrafi seguenti. Inoltre, con delibera n.195 del 30/01/2019, è stato approvato un regolamento che disciplina le modalità con cui le situazioni di conflitto di interessi devono essere rilevate, comunicate, gestite e verificate da parte di tutti i soggetti aziendali coinvolti e definisce le relative responsabilità.

9.2. Obbligo di astensione in caso di conflitti di interessi e di comunicazione

L'astensione dalla decisione o dall'attività in caso di conflitto di interessi rappresenta la misura principale di prevenzione del rischio. Tutti i dipendenti (così come definiti all'art. 2 del Codice di comportamento aziendale) che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo. La finalità di prevenzione si attua mediante

l'astensione dalla partecipazione, alla decisione o atto endoprocedimentale, del titolare dell'interesse che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati sono portatori.

La legge 241/1990 stabilisce l'obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali e ad assumere il provvedimento finale nel caso in cui si trovi in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interesse.

Il Codice di comportamento, agli artt. 6/2 e 7, prevede un obbligo di astensione in capo al dipendente chiamato a partecipare ad una decisione o a un'attività verso la quale si trova in una situazione di conflitto di interessi e un obbligo di comunicazione scritta al proprio dirigente responsabile/superiore gerarchico che è chiamato a valutare nel caso concreto la sussistenza del conflitto e ad esprimersi in merito all'astensione. La norma contiene anche una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interessi e una clausola di chiusura di carattere generale riguardante le "gravi ragioni di convenienza" che comportano l'obbligo di astensione, in sintonia con quanto disposto per l'astensione del giudice all'art. 51 c.p.c..

Come chiarito dall'ANAC, l'astensione in caso di conflitto di interessi riguarda tutti gli atti del procedimento di competenza del soggetto interessato.

Allo scopo di rafforzare l'azione preventiva, il DPR 62/2013 prevede agli artt. 5 e 6/1 anche l'obbligo per il dipendente di comunicare al dirigente responsabile/superiore gerarchico:

- tempestivamente la propria adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio. Sono esclusi partiti politici e sindacati. (art. 5, comma 1);
- all'atto di assegnazione all'ufficio, i rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti. La comunicazione riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati in questione e deve specificare anche se gli stessi soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, con riferimento alle questioni affidate al dipendente. (art. 6, comma 1).

Sempre il DPR 62/2013, all'art. 13/3, prevede per i dirigenti dotati di responsabilità gestionali l'obbligo di comunicare all'Azienda, prima di assumere le funzioni, le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porli in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolgono e di dichiarare se hanno parenti e affini entro il secondo grado, coniugi o conviventi che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovranno dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio. Il dirigente deve inoltre fornire le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche previste dalla legge.

I dirigenti, ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013, devono anche comunicare all'Azienda, prima di assumere le funzioni, i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di

cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali incluse le prestazioni professionali svolte in regime intramurario. Queste informazioni sono pubblicate nell'apposita sezione del sito aziendale "Amministrazione Trasparente".

Queste informazioni, anche se non rappresentano necessariamente delle situazioni di conflitto di interessi, possono essere utilizzate dai dirigenti responsabili/superiori gerarchici per prevenire il rischio nella gestione ordinaria delle attività.

9.2.1. Stato dell'arte e indicazioni operative

Nel Regolamento approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 sono definite le modalità con cui devono essere rilasciate, raccolte e gestite le segnalazioni di conflitto di interessi di cui agli artt. 6/2 e 7 e le dichiarazioni di interessi di cui agli artt. 5, 6/1 e 13 del DPR 62/2013 e art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013.

L'Azienda ha dedicato alla gestione del conflitto di interessi una sezione del sito Amministrazione Trasparente nella quale il dipendente può trovare il regolamento aziendale, la modulistica, alcune indicazioni operative per gestire segnalare correttamente eventuali situazioni di conflitto di interessi insieme ad altro materiale di approfondimento.

Il RPCT fornisce su richiesta un supporto a tutte le strutture aziendali per approfondire specifiche situazioni di conflitto di interessi.

9.2.2. Obiettivi

Per l'anno 2022 l'obiettivo è quello di aggiornare il regolamento aziendale approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 allo scopo di rivedere e semplificare le modalità con cui devono essere rilasciate, raccolte e gestite le segnalazioni di conflitto di interessi di cui agli artt. 6/2 e 7 e le dichiarazioni di interessi di cui agli artt. 5, 6/1, 13 del DPR 62/2013 e art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013.

Attraverso l'attività formativa in programma sarà fornito un maggiore supporto ai dipendenti allo scopo di favorire l'emersione delle situazioni di conflitto anche attraverso l'analisi di specifici casi.

In seguito all'aggiornamento del regolamento, sarà anche aggiornata la modalità di raccolta, archiviazione e consultazione delle segnalazioni di conflitto di interessi e delle dichiarazioni di interessi attraverso il portale SINTEF o analogo applicativo informatico.

9.2.3. Indicatori

Per il monitoraggio di secondo livello sull'attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
RPCT	Aggiornamento del regolamento adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO)	SI	31/12/2022

9.3. La gestione del conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni

L'art. 42 del D.Lgs. 50/2016 prevede specifiche disposizioni a tutela del principio di concorrenza e del prestigio della pubblica amministrazione al fine di contrastare i fenomeni corruttivi nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni che rappresentano un ambito particolarmente esposto al rischio di interferenze.

La norma offre una definizione di conflitto di interessi con specifico riferimento allo svolgimento delle procedure di gara, chiarendo che la fattispecie si realizza quando il personale di una stazione appaltante o un prestatore di servizi che intervenga nella procedura con possibilità di influenzarne in qualsiasi modo il risultato, abbia direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può minare la sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione del contratto. A titolo esemplificativo, la norma indica le situazioni che determinano l'obbligo di astensione previste dall'art. 7 del DPR 62/2016.

Anche in questi casi, il soggetto che si trova in situazione di conflitto di interessi deve darne comunicazione alla stazione appaltante e astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni.

La disposizione deve essere coordinata con l'art. 80, comma 5, lett. d) del D.Lgs. 50/2016 secondo cui l'operatore economico è escluso dalla gara quando la sua partecipazione determini una situazione di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42, comma 2, del codice dei contratti pubblici che non sia diversamente risolvibile.

Per quanto riguarda in particolare le commissioni giudicatrici, l'art. 77 del D.Lgs. 50/2016 prevede che:

- i commissari non devono aver svolto né possono svolgere alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta. La nomina del RUP a membro delle commissioni di gara è valutata con riferimento alla singola procedura;
- coloro che, nel biennio antecedente all'indizione della procedura di aggiudicazione, hanno ricoperto cariche di pubblico amministratore, non possono essere nominati commissari giudicatori relativamente ai contratti affidati dalle Amministrazioni presso le quali hanno esercitato le proprie funzioni d'istituto;
- si applicano ai commissari e ai segretari delle commissioni l'articolo 35-bis del D.Lgs. 165/2001, l'articolo 51 del codice di procedura civile e l'articolo 42 del D.Lgs. 50/2016. Sono esclusi da successivi incarichi di commissario coloro che, in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, abbiano concorso, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi.

Anche il DPR 62/2013 prevede un'ulteriore ipotesi di conflitto di interessi all'art. 14 che dispone l'obbligo di astensione del dipendente dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative alla stipula e all'esecuzione del contratto con conseguente segnalazione scritta al dirigente responsabile/superiore gerarchico, nel caso in cui l'Azienda concluda accordi con imprese con cui il

dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente.

Lo stesso articolo prevede uno specifico obbligo di informazione a carico del dipendente nel caso in cui stipuli contratti a titolo privato con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, finanziamento e assicurazione, per conto dell'Azienda.

Infine, l'allegato 3, art. 3 della DGRT 153/2019 e l'allegato A alla DGRT 113/2016 prevedono che il dipendente a cui è affidato l'incarico di membro di collegi tecnici o di commissioni giudicatrici o di tecnico istruttore chiamato alla redazione degli atti di gara in forma non collegiale, non possa partecipare ad iniziative formative sponsorizzate nell'arco temporale compreso tra i sei mesi antecedenti l'avvio delle attività programmate e i sei mesi successivi alla chiusura delle attività.

9.3.1. Stato dell'arte e indicazioni operative

Nel Regolamento approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 sono definite le modalità con cui devono essere rilasciate le segnalazioni di conflitto di interessi da parte del personale che interviene nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni e nella fase di esecuzione dei contratti.

9.3.2. Obiettivi

Per l'anno 2022 l'obiettivo è quello di aggiornare il regolamento aziendale approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 allo scopo di rivedere e semplificare le modalità con cui devono essere richieste, rilasciate, raccolte e gestite le dichiarazioni di conflitto di interessi di cui agli artt. 42 e 77 del D.Lgs. 50/2016, art. 14 del DPR 62/2013 e art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 in conformità alla delibera ANAC 494/2019 e 25/2020.

Attraverso l'attività formativa in programma sarà fornito un maggiore supporto ai dipendenti allo scopo di favorire l'emersione delle situazioni di conflitto anche attraverso l'analisi di specifici casi.

9.3.3. Indicatori

Per il monitoraggio di secondo livello sull'attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
RPCT	Aggiornamento del regolamento adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO)	SI	31/12/2022

9.4. Le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi

Il D.Lgs. 39/2013 ha previsto una serie di ipotesi inconferibilità e incompatibilità di incarichi nelle pubbliche amministrazioni e in altri soggetti pubblici e privati, allo scopo di prevenire il rischio di condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato.

La norma vuole evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera

illecita. La legge ha anche valutato in via generale che il contemporaneo svolgimento di alcune attività potrebbe generare il rischio di svolgimento non imparziale dell'attività amministrativa costituendo un terreno favorevole a illeciti scambi di favori.

Il legislatore ha inoltre stabilito i requisiti di onorabilità e moralità richiesti per ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati fissando il divieto ad assumere incarichi in caso di sentenza di condanna anche non definitiva per reati contro la pubblica amministrazione. La durata della inconfiribilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria dell'interdizione dai pubblici uffici e alla tipologia del reato.

La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento di incarichi, la risoluzione del relativo contratto e ulteriori sanzioni a carico dei componenti degli organi responsabili della violazione.

Nei casi di incompatibilità, è prevista la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte del RPCT, dell'insorgere della causa della incompatibilità.

Il soggetto a cui è conferito un incarico dirigenziale oggetto della norma, ha l'obbligo di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconfiribilità o incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico, pertanto, deve essere acquisita dagli uffici competenti prima del conferimento.

La dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità deve essere resa annualmente, entro il 31/12, dagli stessi soggetti per tutta la durata dell'incarico.

Le dichiarazioni devono essere pubblicate sul sito Amministrazione trasparente ai sensi dell'art. 20, comma 3 del D.Lgs. 39/2013.

9.4.1. Stato dell'arte e indicazioni operative

Nel regolamento approvato con delibera n.195 del 30/01/2019, in conformità alle indicazioni contenute nella delibera ANAC 149/2014, è stato stabilito che le ipotesi di inconfiribilità e di incompatibilità di incarichi dovevano intendersi applicate solo agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e per analogia anche al Direttore dei Servizi Sociali. Tuttavia, le delibere ANAC 1146/2019 e 713/2020 hanno esteso il perimetro di applicazione della norma all'interno delle Aziende Sanitarie, includendo nella categoria di cui all'art. 3, comma 1, lett. c), del D.Lgs. 39/2013 tutti gli incarichi dirigenziali titolari di competenze di amministrazione e gestione, non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non).

Il CRRR nella riunione del 12/04/2022, ha approvato uno schema di regolamento, allegato al presente piano (Allegato 5), che prevede l'applicazione delle previsioni del D.Lgs. 39/2013 anche agli incarichi dirigenziali titolari di competenze di amministrazione e gestione, non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) e definisce le modalità con cui devono essere individuate e gestite le situazioni di inconfiribilità e di incompatibilità in conformità alle previsioni del suddetto decreto legislativo, del PNA 2019 e delle delibere ANAC 833/2016 e 1146/2019. Lo schema di regolamento dovrà essere applicato in via sperimentale dalle competenti strutture aziendali fino all'adozione di un apposito regolamento da effettuarsi entro il 31/12/2022.

9.4.2. Obiettivi

Per l'anno 2022 l'obiettivo è quello di aggiornare il regolamento aziendale approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 allo scopo di estendere l'applicazione delle previsioni del D.Lgs. 39/2013 anche agli incarichi dirigenziali titolari di competenze di amministrazione e gestione, non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) e definire le modalità con cui devono essere individuate e gestite le situazioni di inconfiribilità e di incompatibilità in conformità alle previsioni del suddetto decreto legislativo, del PNA 2019, delle delibere ANAC 833/2016 e 1146/2019, e del regolamento approvato dal CRRA nella riunione del 12/04/2022 (Allegato 5).

Attraverso l'attività formativa in programma sarà fornito un maggiore supporto ai dipendenti allo scopo di prevenire situazioni di inconfiribilità e incompatibilità anche attraverso l'analisi di specifici casi.

9.4.3. Indicatori

Per il monitoraggio di secondo livello sull'attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
RPCT	Aggiornamento del regolamento adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO)	SI	31/12/2022

9.5. La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici

L'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 prevede, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

- di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;
- di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Le limitazioni previste dalle citate disposizioni non si configurano come misure sanzionatorie di natura penale o amministrativa, bensì hanno natura preventiva e mirano a evitare che i principi di imparzialità e buon andamento dell'agire amministrativo siano o possano apparire pregiudicati a causa di precedenti comportamenti penalmente rilevanti, proprio con riguardo ai reati contro la pubblica amministrazione.

9.5.1. Stato dell'arte e indicazioni operative

Nel Regolamento approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 sono definite le modalità con cui deve essere effettuata la verifica sulla sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intendono conferire incarichi nelle circostanze previste dall'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001.

Le strutture competenti devono inserire espressamente negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi le condizioni ostative al conferimento e adottare gli atti necessari per adeguare i propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso.

9.5.2. Obiettivi

Per l'anno 2022 l'obiettivo è quello di aggiornare il regolamento aziendale approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 allo scopo di rivedere e semplificare le modalità con cui deve essere verificata la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intendono conferire incarichi nelle circostanze previste dall'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001.

9.5.3. Indicatori

Per il monitoraggio di secondo livello sull'attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
RPCT	Aggiornamento del regolamento adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO)	SI	31/12/2022

9.6. La gestione del conflitto di interessi negli incarichi extra-istituzionali

I dipendenti con rapporto di lavoro a tempo pieno non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del DPR 3/1957.

La possibilità per il dipendente di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'Azienda, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione, allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o possano interferire con i compiti istituzionali.

Il dipendente è tenuto a richiedere all'Azienda l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi retribuiti (esclusi quelli previsti espressamente dalla norma) e comunicare formalmente l'attribuzione di incarichi gratuiti. Sono esclusi gli incarichi di cui alle lettere da a) ad f-bis), comma 6, art. 53 del D.Lgs. 165/2001.

Tra i criteri per il rilascio dell'autorizzazione c'è anche quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, connesse allo svolgimento dell'incarico e che possano interferire con il corretto svolgimento dei compiti istituzionali.

Per quanto riguarda il conferimento di incarichi di consulenti:

- l'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 impone alle strutture competenti dell'Azienda di effettuare una verifica preliminare sulla sussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi;
- le competenti strutture aziendali devono acquisire la dichiarazione di cui all'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013 riguardo allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali.

9.6.1. Stato dell'arte e indicazioni operative

Nel Regolamento approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 sono definiti i criteri con cui deve essere effettuata la valutazione delle possibili situazioni di conflitto di interessi, propedeutica al conferimento o all'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali.

Le modalità per effettuare la valutazione preliminare delle situazioni di conflitto di interessi prima dell'attribuzione degli incarichi di consulenza è, al momento, rimessa alle strutture conferenti secondo le proprie procedure interne.

9.6.2. Obiettivi

Per l'anno 2022 l'obiettivo è quello di adottare con delibera un regolamento aziendale, conforme all'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e al PNA, nel quale siano definiti:

- gli incarichi vietati;
- i criteri per il conferimento o l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali;
- la procedura per la presentazione della richiesta e il rilascio dell'autorizzazione.

Anche il regolamento aziendale approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 sarà aggiornato allo scopo di:

- coordinare meglio le disposizioni in esso contenute con il nuovo regolamento in materia di incarichi extra-istituzionali;
- prevedere modalità specifiche per la valutazione preliminare delle situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, prima dell'attribuzione degli incarichi di consulenza.

9.6.3. Indicatori

Per il monitoraggio di secondo livello sull'attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
DIR Dipartimento Risorse Umane	Adozione con delibera del regolamento per la gestione degli incarichi extra-istituzionali conforme alle previsioni contenute nell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e nel PNA (SI/NO)	SI	31/12/2022
RPCT	Aggiornamento del regolamento adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 a seguito	SI	31/12/2022

	dell'adozione del regolamento per la gestione degli incarichi extra-istituzionali conforme alle previsioni contenute nell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e nel PNA (SI/NO)		
--	---	--	--

9.7. Divieti post-employment - Pantouflage

L'art. 53, comma 16-ter del D.Lgs. 165/2001 dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'Azienda svolta attraverso i medesimi poteri.

La disposizione è volta a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione potrebbe precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Allo stesso tempo, il divieto è volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione).

Nella categoria dei dipendenti a cui si applica la disciplina rientrano anche il dipendenti con rapporto di lavoro autonomo e i soggetti titolari di uno degli incarichi considerati dal D.Lgs. 39/2013, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'Azienda stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo.

I dipendenti con poteri autoritativi e negoziali sono i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto dell'Azienda, i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'Azienda. Sono inclusi tutti i dipendenti che hanno comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio, attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione. Fra i poteri autoritativi e negoziali devono ricomprendersi anche l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere.

La norma prevede che i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire compensi eventualmente percepiti.

L'ANAC è competente per l'accertamento delle violazioni in materia di pantouflage e per l'erogazione delle sanzioni previste dalla norma.

9.7.1. Stato dell'arte e indicazioni operative

Tutte le strutture competenti devono:

- inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che il soggetto privato partecipante alla gara non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione dell'art. 53, co. 16-ter, del D.Lgs. 165/2001, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'ANAC ai sensi dell'art. 71 del D.Lgs. 50/2016;
- inserire nei contratti di qualsiasi tipologia la condizione che il soggetto privato contraente non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione dell'art. 53, co. 16-ter, del D.Lgs. 165/2001.
- inserire apposite clausole negli atti di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
- far rilasciare al dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

9.7.2. Obiettivi

Per l'anno 2022 l'obiettivo è quello di aggiornare il regolamento aziendale approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 allo scopo di definire misure adeguate per migliorare l'attuazione della disposizione sul pantouflage ai sensi dell'art. 53, co. 16-ter, del D.Lgs. 165/2001.

9.7.3. Indicatori

Per il monitoraggio di secondo livello sull'attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
RPCT	Aggiornamento del regolamento adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO)	SI	31/12/2022

10. Codice di comportamento

Tra le misure generali di prevenzione della corruzione i Codici di comportamento costituiscono lo strumento più efficace per regolare le condotte dei dipendenti e orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico.

Il DPR 62/2013, recante il «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici» individua un ventaglio molto ampio di principi di comportamento per i dipendenti, di derivazione costituzionale nonché una serie di comportamenti negativi (vietati o stigmatizzati) e positivi (prescritti o sollecitati), tra cui, in particolare, quelli concernenti la prevenzione della corruzione e il rispetto degli obblighi di trasparenza.

Gli obblighi di condotta in esso contenuti sono estesi a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi di indirizzo e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda.

Ciascuna pubblica amministrazione è tenuta ad adottare un proprio codice di comportamento che integri e specifichi il codice di comportamento nazionale.

10.1. Stato dell'arte e indicazioni operative

Ai sensi dell'art. 54, comma 5, del D.Lgs. 165/2001, l'Azienda ha adottato con delibera n.1358 del 16/09/2016 un proprio Codice di comportamento aziendale sulla base del modello proposto dal CRRRA, previa procedura aperta alla partecipazione e parere favorevole dell'OIV e dell'UPD.

Il codice aziendale integra e specifica i doveri previsti dal D.P.R. 62/2013 (codice nazionale) in funzione delle caratteristiche dell'Azienda, consentendo al dipendente di comprendere con facilità il comportamento eticamente e giuridicamente più adeguato nelle diverse situazioni critiche.

La violazione delle norme contenute nei Codici di comportamento è fonte di responsabilità disciplinare e sulla loro applicazione vigilano i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, il Servizio Ispettivo Aziendale (SIATC) e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD).

Le competenti strutture aziendali, contestualmente alla sottoscrizione del contratto di lavoro o, in mancanza, all'atto di conferimento dell'incarico, consegnano e fanno sottoscrivere ai nuovi assunti, con rapporti comunque denominati, copia dei Codici di comportamento.

Allo scopo di estendere, per quanto compatibili, gli obblighi di condotta previsti dai Codici di comportamento a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo e ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda, le strutture aziendali competenti inseriscono apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi previsti dai suddetti codici, negli atti di incarico, nei bandi, negli avvisi e nei contratti/convenzioni di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, lavori e forniture.

Il RPCT, in collaborazione con l'UPD, effettua un monitoraggio annuale sull'applicazione dei Codici di comportamento riportandone i risultati nella relazione annuale del RPCT.

10.2. Obiettivo

Per il 2022 l'obiettivo è quello di sottoporre ad aggiornamento il codice di comportamento aziendale per allinearne i contenuti alle previsioni del recente Decreto Legge 13/04/2022, delle delibere ANAC 358/2017 e 177/2020, e per integrare ulteriori doveri di comportamento a supporto delle misure di prevenzione previste nel presente Piano. Tale aggiornamento sarà effettuato dal UPD in collaborazione con il RPCT, con procedura aperta alla partecipazione, previo parere obbligatorio dell'OIV.

Successivamente all'adozione, ne sarà data la più ampia diffusione pubblicandolo sul sito internet e nella rete intranet, nonché trasmettendolo tramite e-mail a tutti i dipendenti, ai collaboratori e consulenti a qualsiasi titolo e alle ditte che forniscono beni o servizi o eseguono opere a favore dell'Azienda.

10.3. Indicatori

Per il monitoraggio di secondo livello sull'attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
DIR Dipartimento Risorse Umane	Aggiornamento del Codice di comportamento aziendale e successiva adozione con delibera (SI/NO)	SI	31/12/2022
DIR SOC Affari Generali DIR SOC Affari legali e avvocatura DIR Dipartimento Area Tecnica DIR SOC Acquisizione beni e servizi DIR Dipartimento Risorse Umane DIR Dipartimento del Decentramento	N° di atti di incarico o contratti adeguati alle previsioni del Codice di comportamento aziendale / N° di atti di incarico o contratti stipulati nell'anno	100%	31/12/2022

11. La rotazione straordinaria

La Legge 97/2001 stabilisce che quando nei confronti di un dipendente dell'Azienda è disposto il giudizio per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319-ter, 319-quater e 320 del codice penale e dall'articolo 3 della legge 1383/1941, l'Azienda deve trasferirlo ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza. In caso di impossibilità (in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi), il dipendente è invece posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento. In caso di condanna non definitiva, il dipendente è sospeso dal servizio. Nel caso sia pronunciata sentenza penale irrevocabile di condanna, salvo quanto previsto dall'art. 32 quinquies del C.P., il dipendente è sottoposto a procedimento disciplinare, che può concludersi con il licenziamento.

L'art. 16, comma 1, lettera l-quater del D.Lgs. 165/2001 dispone che i dirigenti provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

La rotazione straordinaria prevista dalla legge è una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'Azienda.

11.1. I reati presupposto

Con la Delibera 215/2019, l'ANAC ha stabilito che l'elencazione dei reati (delitti rilevanti previsti dagli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale) di cui all'art. 7 della legge n. 69 del 2015, per "fatti di corruzione", possa essere adottata anche ai fini della individuazione delle "condotte di natura corruttiva" che impongono la misura della rotazione straordinaria ai sensi dell'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D.Lgs. 165/2001. Questo vale anche nel caso di procedimenti disciplinari che riguardano comportamenti che possono integrare fattispecie di natura corruttiva collegate agli stessi reati.

11.2. Stato dell'arte e indicazioni operative

Il CRRA ha approvato le linee guida per l'applicazione della misura della rotazione straordinaria allegata al presente piano (Allegato 6), conformi alle indicazioni fornite dal PNA e dalla delibera ANAC 215/2019, che dovranno essere applicate in via sperimentale dalle competenti strutture aziendali fino all'adozione di un apposito regolamento da effettuarsi entro il 31/12/2022.

11.3. Obiettivi

Per il 2022, l'Azienda dovrà dotarsi di un regolamento per la gestione della misura della rotazione straordinaria conforme alle linee guida approvate dal CRRA e trasmesse dalla Regione Toscana (Allegato 6).

In occasione della revisione del Codice di comportamento Aziendale sarà inserito il dovere in capo ai dipendenti interessati da procedimenti penali, di segnalare immediatamente all'amministrazione l'avvio di tali procedimenti.

11.4. Indicatori

Per il monitoraggio di secondo livello sull'attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
DIR Dipartimento Risorse Umane	Adozione di un regolamento per definire le modalità di applicazione della misura della rotazione straordinaria (SI/NO)	SI	31/12/2022
DIR Dipartimento Risorse Umane	N° di soggetti sottoposti a rotazione straordinaria nell'anno / N° di soggetti interessati dall'avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva	100%	31/12 di ogni anno

12. La rotazione ordinaria

La rotazione ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura organizzativa di importanza cruciale nella prevenzione dei fenomeni corruttivi.

E' una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. Riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa stabilire rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate e l'assunzione di decisioni non imparziali.

La rotazione ordinaria non deve determinare inefficienze e malfunzionamenti, non deve avere una valenza punitiva, deve rispettare i diritti individuali dei dipendenti (p.e. diritti sindacali) e deve essere accompagnata da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale accrescendo le conoscenze e la preparazione dei lavoratori.

In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. In particolare il settore clinico è vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite, le figure in grado di svolgere questi compiti sono spesso in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Nelle situazioni sopra esposte e laddove si verificano difficoltà applicative, è necessario adottare altre misure organizzative che abbiano effetti analoghi (p.e. maggiore condivisione delle attività, trasparenza interna, segregazione delle funzioni, la rotazione c.d. "funzionale", etc.).

12.1. Stato dell'arte e indicazioni operative

In base alle indicazioni contenute nel PTPCT 2021-2023, la rotazione ordinaria ha riguardato esclusivamente il personale dirigente che opera nelle aree a maggior rischio corruzione indicate da ANAC per il settore sanitario. La rotazione è stata attuata al termine della scadenza dell'incarico.

Il CRRA ha approvato le linee guida per l'applicazione della misura della rotazione ordinaria al presente piano (Allegato 6), conformi alle indicazioni fornite dal PNA, che dovranno essere applicate in via sperimentale dalle competenti strutture aziendali fino all'adozione di un apposito regolamento da effettuarsi entro il 31/12/2022.

12.2. Obiettivi

Per il 2022, l'Azienda dovrà dotarsi di un regolamento per la gestione della misura della rotazione straordinaria conforme alle linee guida approvate dal CRRA e trasmesse dalla Regione Toscana (Allegato 6).

In attesa di concludere la mappatura dei processi aziendali, presupposto fondamentale per l'individuazione delle attività per le quali è necessario effettuare la rotazione, la misura dovrà essere applicata a tutti gli incarichi operanti nelle aree a maggior rischio corruzione individuate da ANAC per il settore sanitario ed elencate nel paragrafo 5.2 del presente Piano.

12.3. Indicatori

Per il monitoraggio di secondo livello sull'attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
DIR Dipartimento Risorse Umane	Adozione di un regolamento per definire le modalità di applicazione della misura della rotazione ordinaria (SI/NO)	SI	31/12/2022

13. Whistleblowing

La segnalazione di illeciti è stata introdotta nel nostro ordinamento dalla Legge 190/2012, con la finalità di prevenire il compimento di atti corruttivi e provvedere alla corretta gestione e tutela dei beni pubblici e delle risorse affidate ai pubblici funzionari, a presidio dell'interesse collettivo, attraverso la denuncia di chi ha la possibilità di conoscere condotte illecite poste in essere sul luogo di lavoro.

L'art 54-bis del D.Lgs. 165/2001 stabilisce una tutela per il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al RPCT, all'ANAC o all'Autorità Giudiziaria ordinaria o contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro. La norma prevede che il dipendente non possa essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione.

La Legge 179/2017 ha introdotto disposizioni più specifiche a completamento dell'istituto ampliandone le tutele, riscrivendo l'art. 54-bis del D.Lgs. 165/2001 e prevedendo, oltre la tutela del dipendente, anche quella dei lavoratori e dei collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda. Inoltre, ha integrato la disciplina in materia di obbligo del segreto d'ufficio, aziendale, professionale, scientifico e industriale.

13.1. Stato dell'arte e indicazioni operative

L'Azienda con delibera n.1695 del 05/11/2021, ha adottato un Regolamento in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, in conformità alle previsioni dell'art. 54-bis del D.Lgs. 165/2001 e alle indicazioni contenute nella Delibera ANAC 469/2021.

Il regolamento disciplina le modalità per la segnalazione delle condotte illecite, per la gestione delle stesse da parte di tutti i soggetti aziendali coinvolti e per garantire la tutela del segnalante prevista dalla legge.

I dipendenti in servizio e i lavoratori/collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda, possono trovare, nella sezione "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Whistleblowing" del sito aziendale, il regolamento, la modulistica e tutte le informazioni necessarie per effettuare una segnalazione e usufruire della tutela prevista dalla legge.

13.2. Obiettivo

Per l'anno 2022 l'obiettivo è quello di attivare la gestione informatica delle segnalazioni. Con la delibera n.1695 del 05/11/2021 è stato dato mandato alla struttura SOC Progetti Tecnologici di individuare e attivare una piattaforma informatica per la gestione delle segnalazioni di illeciti conforme ai requisiti contenuti nella linee guida ANAC adottate con Delibera 469/2021 e richiamati nel Regolamento.

Inoltre, nell'ambito della formazione programmata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, saranno illustrati anche i contenuti del regolamento allo scopo di migliorare la conoscenza delle tutele previste dalla legge, degli strumenti per effettuare le segnalazioni e stimolare l'emersione delle condotte illecite.

13.3. Indicatori

Per il monitoraggio di secondo livello sull'attuazione del sistema sono previsti i seguenti indicatori:

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
DIR dello Staff della Direzione generale	Adozione della piattaforma informatica conforme ai requisiti previsti nel regolamento adottato con Delibera n.1695 del 05/11/2021 (SI/NO)	SI	31/12/2022

14. I patti d'integrità

In base all'art. 1, comma 17 della Legge 190/2021 l'Azienda può predisporre e utilizzare protocolli di legalità o patti d'integrità per l'affidamento di commesse e prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito una clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto degli stessi costituisca causa di esclusione dalla gara e di risoluzione del contratto.

I protocolli di legalità o patti di integrità sono strumenti negoziali che possono integrare il contratto originario tra Azienda e operatore economico allo scopo di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite, ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.

Lo strumento può essere utilizzato per vincolare i soggetti privati al rispetto del codice di comportamento aziendale, per prevenire il pantouflage o richiedere le dichiarazioni sostitutive di assenza di conflitto di interessi ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva.

14.1. Stato dell'arte e indicazioni operative

Le competenti strutture aziendali possono prevedere negli avvisi, nei bandi di gara, nelle lettere di invito e nei contratti, una clausola sul rispetto di appositi protocolli di legalità o patti d'integrità che contengono specifiche misure di prevenzione della corruzione.

14.2. Obiettivo

Per il 2022 l'obiettivo è quello di promuovere il più possibile l'utilizzo di questi strumenti come misura specifica di prevenzione nell'ambito dell'analisi del rischio dei processi aziendali che gestiscono le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture.

15. Monitoraggio e controllo

Il monitoraggio e il controllo costituiscono due attività strategiche che permettono di verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del sistema.

Si possono distinguere due livelli:

- **Monitoraggio e controllo di primo livello:** I responsabili delle strutture organizzative effettuano il costante monitoraggio e controllo sull'attuazione delle misure di prevenzione generali e specifiche di loro competenza entro le scadenze stabilite, riferendo tempestivamente, con una nota al RPCT, sulle misure attuate, sulle non conformità riscontrate che non possono essere risolte in autonomia e sulle eventuali modifiche organizzative o procedurali necessarie.
- **Monitoraggio e controllo di secondo livello:** Il RPCT, con il supporto del GDL, effettua il monitoraggio di secondo livello, con cadenza almeno semestrale, sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione generali e specifiche previste dal presente Piano, richiedendo ai RESP e ai DIR di relazionare sullo stato di attuazione delle stesse. Il RPCT, con il supporto del GDL, può effettuare il controllo a campione di secondo livello sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione generali e specifiche, acquisendo dai RESP e dai DIR documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite audit o attraverso l'attivazione del "sistema di controlli interni" in accordo con la direzione aziendale. La priorità sarà data alle misure che interessano le aree maggiormente esposte al rischio di corruzione o oggetto di segnalazioni di eventi corruttivi. Il RPCT segnala alla Direzione Aziendale e all'OIV le non conformità riscontrate di maggiore gravità.

I risultati dell'attività di monitoraggio e controllo svolta nel 2021 sono riportati nella relazione annuale del RPCT, alla quale si rimanda per un approfondimento.

Successivamente all'approvazione del presente Piano, per i processi per cui è stato concluso l'iter di aggiornamento, sarà effettuato il monitoraggio almeno semestrale delle misure specifiche e i risultati saranno riportati direttamente nelle schede di analisi in corrispondenza di ciascuna misura che saranno pubblicate sul sito aziendale "Amministrazione Trasparente".

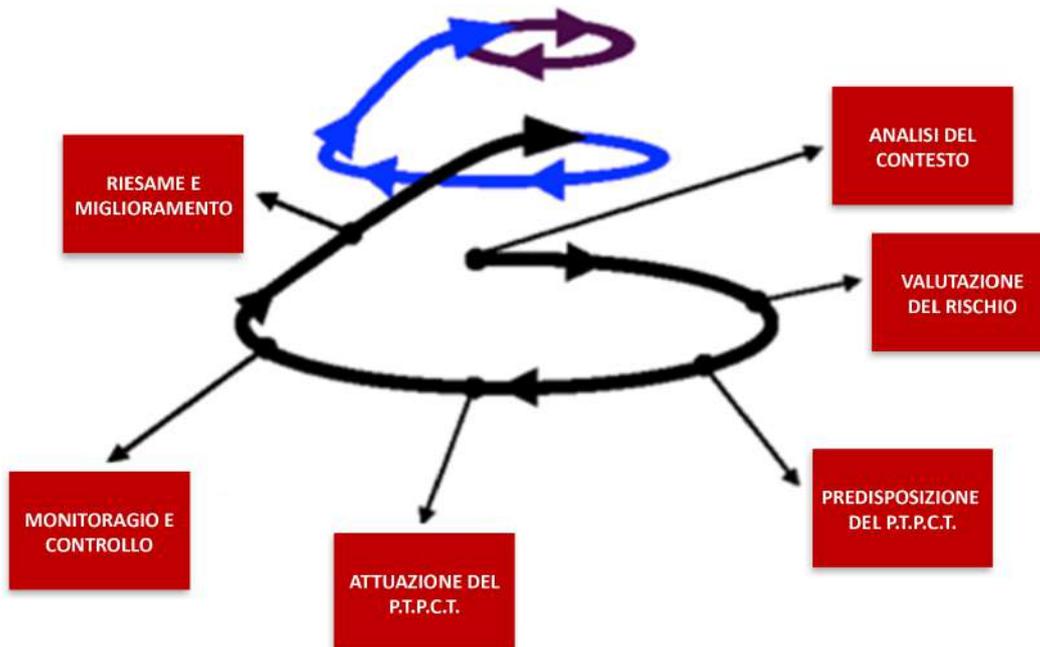
A partire dal 2023, compatibilmente con l'attività obbligatoria, allo scopo di potenziare l'attività di verifica, sarà effettuato almeno un audit per semestre su particolari attività caratterizzate dalla presenza di rischi di livello medio/alto.

16. Riesame

Il riesame periodico della funzionalità del sistema di prevenzione è un momento fondamentale di confronto con la Direzione Aziendale, l'OIV e gli altri soggetti coinvolti nelle attività di programmazione aziendale, nel quale sono riesaminati i risultati dell'attività di monitoraggio e controllo allo scopo di individuare tempestivamente le modifiche necessarie per garantire il miglioramento continuo del sistema.

Il riesame sarà effettuato annualmente, al termine della predisposizione della relazione annuale del RPCT, e risultati saranno utilizzati per l'aggiornamento del presente Piano e il miglioramento delle misure di prevenzione.

Fig. 7 – Il processo di miglioramento continuo



17. Allegati

Allegato 1 – Catalogo dei processi e registro dei rischi

Allegato 2 – Tabella degli obblighi di trasparenza

Allegato 3 – PA.DA.03 Procedura per la gestione del rischio corruzione

Allegato 4 – PA.DA.04 Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza

Allegato 5 – Schema di regolamento sulla inconfiribilità e incompatibilità di incarichi

Allegato 6 – Linee guida sulla rotazione ordinaria e straordinaria

ALLEGATO 1 – CATALOGO DEI PROCESSI E REGISTRO DEI RISCHI

INDICE DEI PROCESSI

Codice	Nome del processo
APICDG001	Ciclo Attivo
APICDG002	Ciclo Passivo - Gestione Fornitori
APICDG003	Predisposizione bilancio esercizio
APICDG004	Contabilità generale conto terzi
APICDG005	Analisi dati attività sanitaria
APICDG006	Programmazione economica aziendale, monitoraggio e reporting
APICDG007	Contabilità Analitica
APICDG008	Negoziante e valutazione obiettivi economici di budget
APICDG009	Programmazione Operativa (Chirurgia Elettiva – Produzione Ambulatoriale “Modello Competitivo” - Dimissioni Complesse)
ARETEC001	Affidamento diretto di lavori di importo inferiore ad euro 150.000,00 e affidamento diretto forniture e servizi (ivi compresi i servizi di architettura ed ingegneria) di importo inferiore ad € 139.000,00 - sulla base del solo prezzo o del prezzo e di elementi qualitativi (in deroga all'art. 36 comma 2 e art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021)
ARETEC006	Dimissione, alienazione e donazioni beni mobili di proprietà
DECENT001	Concessione contributi per parrucche, modifica strumenti di guida per disabili, metodo riabilitativo Doman e Fay per disabili, trattamenti dialitici domiciliari, trasporto con mezzo proprio per dialisi ospedaliera e rimborsi per trapianti fuori Regione
DECENT002	Concessione contributi per malattie rare, contributi per cure climatiche per disabili, assegno di cura per la SLA
DECENT003	Quota Sanitaria RSA/RSD
DECENT005	Inserimenti utenti SERD in Strutture comunità residenziali e semi-residenziali (parte amministrativa)
DECENT006	Gestione dei contratti di appalto di servizi socio sanitari
DECENT007	Inserimenti socio terapeutici e riabilitativi (parte amministrativa)
DECENT008	Sussidi-contributi economici per utenti della UF Salute Mentale /Contributi per rette eterofamiliari per utenti della UF Salute Mentale (parte amministrativa)
DIRAMM001	Ricezione, controllo e liquidazione delle Distinte Riepilogative Contabili (DCR) emesse dalle farmacie convenzionate
DIRAMM002	Elaborazione PTPCT
DIRAMM003	Gestione delle segnalazioni dei whistleblower
DIRAMM004	Accesso civico semplice
DIRAMM005	Riesame del diniego, totale o parziale, o della mancata risposta, all'istanza di accesso civico generalizzato e del provvedimento di rigetto dell'opposizione motivata del controinteressato
DIRAMM006	Gestione degli adempimenti di trasparenza
DIRAMM007	Gestione del rischio, analisi e monitoraggio
FARMA002	Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali
FARMA003	Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie
MEDFIS001	Percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione (Percorso 3 DGRT 595/05)
MEDFIS002	Percorso assistenziale di riabilitazione con individuazione del setting di ricovero riabilitativo residenziale o semiresidenziale
PREVEN002	Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili)
PREVEN004	Verifiche ed omologazioni di impianti, macchine ed attrezzature
PREVEN010	Rilascio di certificazione in Area Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro
PREVEN011	Attività di Prevenzione, Educazione e Promozione della Salute rivolta alla popolazione con particolare riferimento alla comunità scolastica di ogni ordine e grado
RETOSP004	Gestione delle infezioni correlate all'assistenza, antibioticoresistenza, sepsi nell'ambito delle attività indicate dal Team AID
RISUMA002	Conferimento incarichi collaborazione
RISUMA004	Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (Atto negoziale e scheda Allegato A)
RISUMA005	Rilevazione e liquidazione compensi attività LP intramuraria ambulatoriale (compresa LP domiciliare / fuori regione / veterinari studi privati)
RISUMA006	Avvio, modifica e rendicontazione della Libera Professione Intramuraria resa in qualità specialista in medicina del lavoro o "medico competente", ai sensi del D. Lgs 81/2008.
RISUMA007	Conferimento incarichi ex art. 15 septies c.1 e c.2 D.Lgs 502/92
STAFDS001	Controlli su strutture accreditate - Ricoveri
STAFDS002	Controlli su strutture accreditate (Ambulatoriale)
STAFDS003	Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit)

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Ciclo Attivo
Area di rischio:	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Processi connessi:	APICDG002 e APICDG003
Codice:	APICDG001
DIR:	Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Fulvio Principe
Struttura del RESP:	SOC Clienti
Data di aggiornamento:	11/02/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Accreditalimento, Direzioni sanitarie, ESTAR, privati.	Atti amministrativi da parte dei responsabili	Il ciclo attivo dell'azienda si manifesta tramite le seguenti tipologie di ricavi: Contributi in c/esercizio; fondi e altri contributi regionali, statali e di soggetti diversi pubblici o privati; ricavi a gestione diretta: da ticket, dai proventi derivanti dall'erogazione di prestazioni sanitarie, da altri ricavi e proventi e dai costi capitalizzati. La tipologia dei ricavi è classificata in base agli schemi di bilancio previsti dalla normativa vigente e dalle indicazioni regionali. Le fasi di gestione del ciclo attivo sono le seguenti: 1) rilevazione e contabilizzazione del ricavo e del credito; 2) riscossione e sua contabilizzazione.	Fatture, ricevute, ordinativi d'incasso, distinte, bollettini c/postali.	Ditte, Enti pubblici, privati

2 – ANALISI DEL PROCESSO																						
APICDG001 - Ciclo Attivo - 11/02/2022																						
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 - Valutazione dei rischi						2.3 - Trattamento del rischio												
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza		
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT					CI	
1	Rilevazione e contabilizzazione del ricavo e del credito per fatture emesse dalla S.O.C. Clienti.	La rilevazione del ricavo e del credito avvengono tramite l'emissione di fatture e di documenti interni sulla base di idonea documentazione (trasmessa in modalità tracciabile da parte della struttura erogante la prestazione o dalla struttura che gestisce il contratto e/o la convenzione ai sensi della normativa vigente) che permetta di appurare: 1) La ragione del credito; 2) La sussistenza di idoneo titolo giuridico; 3) Il soggetto debitore; 4) L'importo e la scadenza del credito. L'emissione della fattura è preceduta da verifica della completezza dei dati e da verifica del regime fiscale.	Personale S.O.C. Clienti oltre a personale dei Servizi territoriali (Prevenzione, Sociale, Medicina legale ecc...) e Servizio al Cittadino	Principi Contabili dei dottori commercialisti; Casistica per l'applicazione dei principi contabili per le Aziende Sanitarie della Regione Toscana aggiornata al 26 03 2018; DPR 633/72 ; Codice Civile.	La mancanza di integrazione tra i software gestionali dei servizi richiedenti (Servizi territoriali (Prevenzione, Sociale, Medicina legale ecc... e Servizio al Cittadino) e la struttura che deve emettere la fattura, rende possibile il rischio che l'operatore del servizio richiedente possa non trasmettere la richiesta di fatturazione e il rischio che l'operatore che deve emetterla non lo faccia.	Mancanza di controlli software gestionali dei servizi richiedenti e della struttura che deve emettere la fattura.	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio perché risulta media la probabilità di accadimento a causa dell'assenza di controlli e medio l'impatto economico reputazionale	Non essendo percorribile la strada dell'integrazione dei software gestionali dei servizi richiedenti e della struttura che deve emettere la fattura, si previene il rischio attraverso la tracciabilità: La richiesta di fatturazione da parte del servizio che eroga la prestazione o della struttura che gestisce il contratto e/o la convenzione, deve pervenire alla struttura che dovrà emetterla via mail o con altre forme tracciabili. Per contro la struttura che emette la fattura richiesta deve comunicare, sempre via mail, o con altre forme tracciabili, gli estremi della fattura emessa oppure allegare il PDF della stessa.	X								Trasmissione semestrale di un report delle fatture emesse alle strutture richiedenti (SI/NO)	SI	RESP	Annualmente al 31/12	
2	Riscossione e sua contabilizzazione	La riscossione prevede l'emissione di un ordinativo d'incasso predisposto in base all'accertato pagamento. L'ordinativo è emesso su supporto informatico e firmato digitalmente. La contabilizzazione della riscossione avviene con l'emissione della distinta (contenente l'elenco degli ordinativi emessi). La distinta viene trasmessa digitalmente al Tesoriere.	Personale S.O.C Clienti per tutte le entrate di propria competenza.	L'ordinativo d'incasso deve essere agganciato al Provvisorio d'entrata risultante in banca. Una o più reversali devono andare a regolarizzare l'intero importo del provvisorio bancario. In merito ai pagamenti su CCP la somma viene accreditata al conto intestato all'Azienda Sanitaria e periodicamente si provvede a riversare gli incassi complessivi del periodo sul conto di tesoreria. Per i pagamenti On line, attraverso strumentazione informatica si effettuano delle verifiche di rispondenza fra incassato e registrato sui vari gestionali (E-commerce per i POS, Iris e Brain per i Totem, Iris per i pagamenti on line). Le somme incassate vengono poi riversate sul conto di tesoreria generando dei provvisori di entrata da regolarizzare	Nessuno																	

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Ciclo Passivo - Gestione Fornitori
Area di rischio:	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Processi connessi:	
Codice:	APICDG002
DIR:	Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Romina Cardarelli Tozzi
Struttura del RESP:	SOC Fornitori
Data di aggiornamento:	31/12/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Uffici Liquidatori appartenenti ai Centri Destinatari indicati nell'apposito allegato della procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento	Fatture elettroniche e cartacee, Ricevimenti firmati digitalmente	Il ciclo passivo, come processo relativo al Ricevimento e Pagamento delle fatture, svolto dalla SOC Fornitori, comprende la ricezione delle fatture e relativa protocollazione. L'abbinamento delle fatture ai ricevimenti firmati digitalmente previo controllo da parte degli uffici liquidatori della regolarità della fornitura e come fase finale l'emissione dell'ordinativo di pagamento.	Ordinativi di pagamento, eventuali contestazioni e/o richieste note di credito	Fornitori di beni e servizi pubblici e privati

2 - ANALISI DEL PROCESSO																					
APICDG002 - Ciclo Passivo - Gestione Fornitori - 31/12/2021																					
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 - Valutazione dei rischi						2.3 - Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Ricezione e registrazione fattura	Il personale della SOC Fornitori addetto alla protocollazione riceve le fatture in archivio temporaneo, presente nell'applicativo contabile, procede alla contabilizzazione e all'attribuzione ai Centri Destinatari competenti entro 15 gg dalla data di ricezione sullo SDI (Sistema di Interscambio), previa verifica della correttezza dei requisiti formali di cui all'art. 21 DPR 633/72. Procede inoltre all'eventuale rifiuto qualora ricorrano i casi previsti dal Decreto del Ministero dell'Economia 132/2020. Per quanto riguarda alcune attività (per esempio fatture estere), le fatture sono ancora cartacee: queste vengono protocollate e contabilizzate con la stessa modalità, anche per quanto riguarda le fasi successive del processo.	Personale SOC Fornitori addetto alla protocollazione (vedi procedura interna PAC 0600 Ricevimento e pagamento, adottata con Delibera DG 494 del 09/04/2021)	La PROTOCOLLAZIONE della fattura avviene dopo la positiva verifica della correttezza dei requisiti formali di cui all'art. 21 DPR 633/72. Il RIFIUTO della fattura avviene nei casi previsti dal Decreto del Ministero dell'Economia 132/2020 ovvero: - fattura elettronica riferita ad una operazione che non è stata posta in essere in favore del soggetto destinatario della trasmissione; - omessa o errata indicazione del Codice Identificativo di Gara (CIG) o del Codice univoco di Progetto (CUP); - omessa o errata indicazione del codice di repertorio; - omessa o errata indicazione del codice di Autorizzazione all'immissione in commercio (AIC)	Nessuno																
2	Acquisizione del Ricevimento firmato digitalmente	Il personale della SOC Fornitori acquisisce il Ricevimento da parte degli Uffici Liquidatori che attestano la regolarità della fornitura e la regolarità contributiva del fornitore - DURC (e per i beni inventariabili anche il carico del cesante nell'applicativo contabile), con le modalità previste dalla procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento, adottata con delibera DG 494 del 09/04/2021, verificando che lo stesso sia firmato digitalmente dal Dirigente responsabile dell'Ufficio Liquidatore o da PO delegata. Gli Uffici Liquidatori sono le strutture competenti ad effettuare ordine e ricevimento nell'applicativo contabile. Gli Uffici Liquidatori sono identificati con un codice, Centro Destinatario, che identifica ogni struttura. L'elenco dei Centri Destinatari è allegato alla medesima procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento. Si specifica che la correttezza dei ricevimenti è di responsabilità esclusiva degli Uffici Liquidatori.	Personale SOC Fornitori addetto alla liquidazione e all'emissione del mandato di pagamento	Normativa specifica Procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento adottata con delibera DG 494 del 09/04/2021; DLGS 192 del 09/11/2021 "Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2001/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180".	Nessuno																
3	Abbinamento Fattura/Ricevimento ed emissione mandato di pagamento	Il personale della SOC Fornitori addetto alla fase in oggetto, procede all'abbinamento della fattura con i relativi ricevimenti firmati digitalmente ed alla successiva emissione del mandato di pagamento nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente, qualora il ricevimento sia stato fatto nei termini sopraindicati.	Personale SOC Fornitori addetto alla liquidazione e pagamento (vedi procedura interna PAC 0600 Ricevimento e pagamento)	Normativa specifica Procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento adottata con delibera DG 494 del 09/04/2021; DLGS 192 del 09/11/2021 "Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2001/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180".	Esiste il rischio che l'Operatore della SOC Fornitori possa dare la precedenza al pagamento ad un fornitore anziché ad un altro, a parità di data di scadenza della fattura.	Mancaanza di regolamentazione	Medio	Il livello di rischio è stato considerato medio perché esiste una moderata probabilità, associata alla mancanza di una regolamentazione, e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio.	Prevedere un sistema di regolamentazione/controllo interno al processo sulle decisioni/attività che metta a confronto la data di liquidazione della fattura (Abbinamento Fattura/Ricevimento) con la data di emissione del mandato di pagamento	X			X					Adozione di un regolamento/sistema di controllo interno che verifichi i tempi intercorrenti dalla data di liquidazione alla data di pagamento delle fatture con verifica trimestrale (SI/NO)	SI	RESP	30/06/22
4	Mancato abbinamento ricevimento e fattura	Nel caso in cui non sia possibile l'abbinamento tra ricevimento e fattura per mancanza del ricevimento dovuto a contestazione con il fornitore e/o richiesta nota di credito o per ricevimento difforme dal totale della fattura, il personale della SOC Fornitori addetto inserisce alla fattura lo stato bloccato e, in caso di sbilancio tra fattura e ricevimento, verifica in collaborazione con gli Uffici Liquidatori, le motivazioni del mancato ricevimento o dello scostamento nell'importo tra ricevimento e fattura.	Personale SOC Fornitori addetto alla liquidazione e all'emissione del mandato di pagamento (vedi procedura PAC 0600 Ricevimento e pagamento)	Normativa specifica Procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento adottata con delibera DG 494 del 09/04/2021; DLGS 192 del 09/11/2021 "Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2001/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180".	Nessuno																
5	Monitoraggio mensile debiti	Al fine di garantire il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente, la SOC Fornitori invia periodicamente a tutti gli Uffici Liquidatori l'elenco delle fatture scadute e non liquidate suddivise per centro destinatario, richiedendo agli Uffici Liquidatori le motivazioni per le quali le fatture non sono state liquidate e copia della documentazione attestante la causa della mancata liquidazione. L'elenco verrà sottoposto periodicamente alla Direzione Amministrativa.	Personale della SOC Fornitori addetto al monitoraggio debiti	Normativa specifica Procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento adottata con delibera DG 494 del 09/04/2021; DLGS 192 del 09/11/2021 "Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2001/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180".	Nessuno																

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Predisposizione bilancio esercizio
Area di rischio:	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Processi connessi:	APICDG001, APICDG002
Codice:	APICDG003
DIR:	Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Antonio Campostrini
Struttura del RESP:	SOC Contabilità Generale
Data di aggiornamento:	31/12/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Soggetti esterni e strutture amministrative interne all'Azienda	<p>1) Atti amministrativi da parte dei vari servizi amministrativi e documentazione rimessa dai vari fornitori (fatture);</p> <p>2) Conta fisica delle rimanenze di beni presenti in Azienda alla fine dell'anno solare e valorizzazione delle stesse al costo medio ponderato;</p> <p>3) Inventario dei cespiti ammortizzabili e scritture contabili aziendali;</p> <p>4) Provvedimenti amministrativi che certificano gli importi da erogare per la contabilizzazione degli stipendi;</p> <p>5) Contributi vincolati, finalizzati, per investimenti e quote di FSR indistinto.</p>	<p>La redazione del bilancio di esercizio è l'atto finale di un articolato processo che prevede sia la rilevazione delle operazioni poste in essere tra l'Azienda e i terzi nel corso del periodo amministrativo, sia le rilevazioni effettuate al termine dell'esercizio necessarie per attribuire il valore ai componenti reddituali (costi e ricavi) sulla base della competenza economica, determinando conseguentemente anche il valore attribuibile agli elementi patrimoniali attivi e passivi. Il processo di rilevazione viene attuato mediante l'utilizzo:</p> <p>1) del "metodo della partita doppia", che consente di rilevare le operazioni aziendali sotto un duplice aspetto (finanziario ed economico);</p> <p>2) del "conto", che rappresenta un prospetto grafico a due sezioni destinato ad accogliere valori che rappresentano le variazioni dei due aspetti oggetto di esame (finanziario/numerario ed economico) conseguenti agli accadimenti aziendali oggetto di rilevazione.</p> <p>Le registrazioni contabili sono effettuate a cura delle strutture SOC Clienti, SOC Fornitori, SOS Fiscale e SOC Contabilità Generale sulla base della documentazione proveniente dall'esterno (fornitori-clienti) o dall'interno dell'Azienda (cioè dalle varie SOC/SOS attraverso la procedura degli ordini e dei ricevimenti, le quadrature stipendiali, ecc.).</p> <p>Al termine dell'esercizio la SOC Contabilità Generale (principalmente) integra tali valori con le scritture di assestamento e rettifica come ad esempio la rilevazione delle scorte, gli ammortamenti e le sterilizzazioni, gli accantonamenti ai fondi rischi e oneri, i ratei e risconti, le fatture da ricevere, ecc.</p> <p>Il bilancio di esercizio è redatto secondo gli schemi dettati dalla normativa nazionale e regionale con riferimento all'anno solare. Il documento del bilancio di esercizio include: lo schema di Stato Patrimoniale; lo schema di Conto Economico; il rendiconto finanziario; la nota integrativa; i modelli SP e CE dell'anno di riferimento e dell'anno precedente; il prospetto dei dati Siope (Sistema informativo delle operazioni degli enti pubblici) e delle disponibilità liquide; il prospetto dei flussi di cassa; l'attestazione dei tempi di pagamento; il prospetto delle attività sociali; la relazione sulla gestione da parte del Direttore Generale.</p> <p>L'Azienda redige il bilancio d'esercizio al fine di rilevare il risultato della gestione e la composizione del Patrimonio aziendale per effetto della gestione stessa. Esso viene redatto rispettando i principi generali, i postulati e i principi di valutazione dettati dalla normativa nazionale e regionale per il settore sanitario.</p>	<p>Delibera di adozione del bilancio e relativi allegati</p> <p>Libro giornale</p> <p>Libro inventario</p>	<p>Ditte, Enti pubblici, privati</p> <p>Collegio Sindacale</p>

2.1 - Descrizione delle attività		2.2 - Valutazione dei rischi										2.3 - Trattamento del rischio								
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	FR				
1	Delibera di adozione del bilancio dell'esercizio	Adozione dell'atto deliberativo avente come allegati lo schema di Stato Patrimoniale; lo schema di Conto Economico; il rendiconto finanziario; la nota integrativa; i modelli SR e CE dell'anno di riferimento e dell'anno precedente; il prospetto dei dati Siope (Sistema Informativo delle operazioni degli enti pubblici) e delle disponibilità liquide; il prospetto dei flussi di cassa; l'attestazione dei tempi di pagamento; il prospetto delle attività sociali e la relazione sulla gestione da parte del Direttore Generale. Tale atto deve essere adottato entro il 15 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, tuttavia, poiché la predisposizione di tale atto è comunque legata ad attività effettuate da altre strutture aziendali, al parere sulla congruità dei fondi da parte del Collegio Sindacale e alla delibera di assegnazione definitiva di FSR da parte della Regione Toscana, essa può anche avvenire in tempi successivi indipendentemente dalla volontà della SOC Contabilità Generale	SOC Contabilità Generale	La normativa regionale (L.R. 40/2005 e successive modifiche ed integrazioni) prevede l'adozione del bilancio di esercizio entro il 15 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento secondo gli schemi previsti dal Decreto Lgs 118/2011 e smi. La Regione Toscana ha inoltre fornito ulteriori disposizioni in materia di contabilità delle Aziende Sanitarie attraverso un'apposita casistica per l'applicazione per l'applicazione dei principi contabili (l'ultimo decreto regionale adottato in ordine di tempo è il nr 9749 dell'08/06/2021)	Nessuno															
2	Rilevazione delle scorte di fine esercizio	A fine anno viene effettuata la rilevazione delle scorte attraverso la conta fisica dei beni presenti nelle varie strutture aziendali. La rilevazione delle scorte non viene effettuata solo nei magazzini economici e farmaceutici (nei quali esiste una procedura di magazzino che fornisce comunque una giacenza contabile da correggere in base alle giacenze fisiche rilevate), ma anche all'interno dei vari reparti ospedalieri e dei presidi territoriali dell'Azienda. Tale inventario, detto anche "inaltico", viene svolto da personale afferente alla singola struttura aziendale oggetto di rilevazione, poiché presuppone l'utilizzo di personale esperto che conosca la natura e la localizzazione dei beni in giacenza. Tale personale provvede a contare e annotare le rimanenze dei vari beni su apposite schede di controllo e poi le inserisce su specifici gestionali aziendali. La SOC Contabilità Generale acquisisce i dati da tali gestionali ed effettua controlli per evitare possibili errori di trascrizione dei dati o quantificazioni sovrastimate per errori nella scelta dell'unità di misura. Tali controlli sono effettuati mettendo a confronto le quantità scaricate nell'esercizio con quelle in giacenza e sono focalizzati soprattutto su prodotti quali litri, strisce, fiale, ecc.) o con unità di misura a confezioni. La rilevazione viene effettuata al 31/12 di ogni anno e le fasi di inserimento del dato in procedura, di analisi e correzione delle anomalie e di contabilizzazione delle scorte deve essere completata prima della chiusura dell'esercizio di riferimento. La valorizzazione delle rimanenze è effettuata al prezzo medio ponderato.	SOC Contabilità Generale	art. 2423 e seguenti codice civile D.lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno															
3	Quadratura fra registro dei cespiti ammortizzabili e contabilità generale	Alla chiusura dell'esercizio deve essere sempre verificata la corrispondenza, per ciascun conto di bilancio, del saldo presente in contabilità generale con quello del registro dei cespiti ammortizzabili. Il saldo della contabilità generale deriva dalle movimentazioni che sono contabilizzate principalmente dalla SOC Fornitori per effetto della registrazione delle fatture passive, mentre il saldo del registro dei cespiti ammortizzabili deriva dai carichi dei beni inventariati effettuati dal Dipartimento Area Tecnica e dalla SOC Acquisizione Beni e Servizi su tale applicativo. La SOC Contabilità Generale effettua un controllo in tal senso e le eventuali differenze sono oggetto di analisi al fine di richiedere alle strutture competenti le necessarie correzioni/integrazioni (Carico inventariale dei ricevimenti di tutti i beni pervenuti nell'anno di riferimento e corretta contabilizzazione di tutti i documenti relativi ai beni ricevuti ed inventariati nell'esercizio). La quadratura tra registro cespiti e contabilità generale deve essere completata prima della chiusura dell'esercizio di riferimento	SOC Contabilità Generale	art. 2423 e seguenti codice civile D.lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno															
4	Contabilizzazione e pagamento degli emolumenti stipendiali	Contabilizzazione degli stipendi, delle ritenute e degli oneri a carico ente sulla base delle informazioni stipendiali trasmesse da più strutture aziendali (Risorse Umane e Personale Convenzionato) e conseguente emissione dei mandati di pagamento in base a flussi o ruoli inviati dalle suddette strutture.	SOC Contabilità Generale	Pagamenti effettuati nei termini e con le modalità previste dai contratti di lavoro in vigore al momento del pagamento.	Nessuno															
5	Accantonamenti di fine esercizio	La SOC Contabilità Generale provvede ad effettuare la contabilizzazione degli accantonamenti richiesti dai vari servizi ai fondi rischi e oneri per tener conto di passività aventi natura determinata ed esistenza probabile (fondi rischi) o di passività aventi natura determinata ed esistenza certa, stimate nell'importo o nella data di sopravvenienza (fondi oneri). Tali registrazioni contabili potranno essere effettuate soltanto a seguito dell'invio, da parte delle varie strutture tecnico-amministrative, di opportuna documentazione firmata dal dirigente responsabile. Tali contabilizzazioni devono essere effettuate entro la chiusura dell'esercizio di riferimento.	SOC Contabilità Generale; Strutture aziendali	art. 2423 e seguenti codice civile D.lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno															
6	Calcolo dei ratei e dei risconti	La SOC Contabilità Generale provvede a generare le scritture contabili relative ai ratei e risconti una volta verificato che non siano presenti documenti privi di prima nota contabile sull'esercizio oggetto di chiusura. Tali contabilizzazioni devono essere effettuate entro la chiusura dell'esercizio di riferimento.	SOC Contabilità Generale	art. 2423 e seguenti codice civile D.lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno															
7	Fondo svalutazione dei crediti	La SOC Contabilità Generale provvede ad effettuare le scritture contabili relative alla rideterminazione del fondo svalutazione crediti sulla base della normativa vigente (valutazione dei crediti in base al loro valore di presunto realizzo; applicazione delle percentuali di svalutazione previste dai parametri di congruità di cui alla casistica adottata dalla Regione Toscana con il DDTT 9749/2021). La determinazione del fondo svalutazione crediti è trasmessa con apposita comunicazione a firma del dirigente della SOC Clienti. Tale contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento.	SOC Contabilità Generale	art. 2423 e seguenti codice civile D.lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno															
8	Ammortamenti e sterilizzazione	La SOC Contabilità Generale provvede a contabilizzare gli ammortamenti dei beni soggetti a inventariazione una volta verificata la quadratura tra contabilità generale e registro cespiti, provvedendo successivamente anche alla contabilizzazione delle scritture relative alla sterilizzazione degli ammortamenti (e allo storno dei contributi dei cespiti derivanti da autofinanziamento o da finanziamenti finalizzati) tramite l'analisi della provenienza di ciascun cespite. Tale contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento.	SOC Contabilità Generale	art. 2423 e seguenti codice civile D.lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno															
9	Contributi vincolati, finalizzati, per investimenti e quote di FSR indistinto	La SOC Contabilità Generale provvede nel corso dell'esercizio a contabilizzare i contributi vincolati, finalizzati, per investimenti e di quota di FSR indistinto in base a specifici atti di assegnazione da parte della Regione Toscana o di altri soggetti pubblici o privati. La SOC Contabilità Generale provvede altresì a contabilizzare gli incassi a tali contributi, al termine dell'esercizio per i contributi finalizzati, a rilevare anche gli accantonamenti della parte non spesa dei contributi dell'anno e gli utilizzi della parte spesa nell'anno dei contributi accantonati in anni precedenti. Tale contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento.	SOC Contabilità Generale	art. 2423 e seguenti codice civile D.lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno															

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Contabilità generale conto terzi
Area di rischio:	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Processi connessi:	
Codice:	APICDG004
DIR:	Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Antonio Campostrini
Struttura del RESP:	SOC Contabilità Generale
Data di aggiornamento:	25/01/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clients
Soggetti esterni e Enti per i quali l'Azienda svolge un'attività in outsourcing	1) Comunicazioni/PEC da parte degli Enti per i quali l'Azienda svolge un'attività in outsourcing; 2) Documenti inviati da fornitori/clienti di tali Enti	L'Azienda svolge in outsourcing un'attività di tenuta della contabilità generale per vari Enti terzi quali: SDS Nord Ovest; SDS Firenze; SDS Mugello; SDS Sud Est; SDS Pistoiese; ISPRO. Per tali Enti l'Azienda provvede alla redazione del bilancio di esercizio che è l'atto finale di un articolato processo che prevede sia la rilevazione delle operazioni poste in essere tra l'Ente e i terzi nel corso del periodo amministrativo, sia le rilevazioni effettuate al termine dell'esercizio necessarie per attribuire il valore ai componenti reddituali (costi e ricavi) sulla base della competenza economica, determinando conseguentemente anche il valore attribuibile agli elementi patrimoniali attivi e passivi. Il processo di rilevazione viene attuato mediante l'utilizzo: 1) del "metodo della partita doppia", che consente di rilevare le operazioni aziendali sotto un duplice aspetto (finanziario ed economico); 2) del "conto", che rappresenta un prospetto grafico a due sezioni destinato ad accogliere valori che rappresentano le variazioni dei due aspetti oggetto di esame (finanziario/numerario ed economico) conseguenti agli accadimenti aziendali oggetto di rilevazione. Non per tutti gli Enti sono svolte le stesse attività e questo sia perché in alcuni Enti certe attività non sono presenti (ad esempio la rilevazione delle scorte nelle SDS) sia perché alcuni Enti provvedono a svolgere in autonomia alcuni compiti. In sostanza però l'Azienda tiene la contabilità generale di tali Enti e redige il loro bilancio d'esercizio al fine di rilevare il risultato della gestione e la composizione del Patrimonio aziendale per effetto della gestione stessa. La tenuta della contabilità e la redazione del bilancio di esercizio viene effettuata rispettando i principi generali, i postulati e le disposizioni dettate dalla normativa nazionale e regionale.	Delibera di adozione del bilancio e relativi allegati; Libro giornale; Libro inventario Mandati di pagamento Ordinativi di Incasso	Ditte, Enti pubblici, Privati Tesoriere

2 - ANALISI DEL PROCESSO														2.3 - Trattamento del rischio							
APICDGG04 - Contabilità generale conto terzi - 25/01/2022																					
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 - Valutazione dei rischi																	
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Predisposizione del bilancio dell'esercizio	Predisposizione del bilancio di esercizio e della nota integrativa in tempi congrui per l'adozione di tale atto deliberativo da parte dell'Ente per il quale viene svolta l'attività di outsourcing (30 giugno per le SDS e 15 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento per ISPRO). Tuttavia, poiché tale lavoro è legato anche ad attività che devono essere effettuate direttamente dagli Enti suddetti e alla delibera di assegnazione definitiva di FSR da parte della Regione Toscana, esso può concludersi anche in tempi successivi indipendentemente dalla volontà della SOC Contabilità Generale	SOC Contabilità Generale	Legge Regionale 40/2005 Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9749 dell'08/06/2021 DGR 1265/2009, DGR 243/2011	Nessuno																
2	Scritture di assestamento e rettifica	5) tratta di varie operazioni effettuate al termine dell'esercizio al fine di arrivare alla corretta determinazione del risultato economico. Fra esse possiamo ricordare: 1) Rilevazione delle scorte: che viene effettuata attraverso la conta fisica dei beni presenti nelle varie strutture aziendali al termine dell'esercizio. Tale attività viene svolta direttamente dall'Ente (ISPRO) che poi trasmette i dati valorizzati alla SOC Contabilità Generale. La rilevazione viene effettuata al 31/12 di ogni anno e deve essere completata prima della chiusura dell'esercizio di riferimento. La valorizzazione delle rimanenze è effettuata al prezzo medio ponderato. 2) Quadratura fra registro dei cespiti ammortizzabili e contabilità generale: alla chiusura dell'esercizio viene sempre verificata la corrispondenza, per ciascun conto di bilancio, del saldo presente in contabilità generale con quello del registro dei cespiti ammortizzabili. La SOC Contabilità Generale effettua un controllo in tal senso e le eventuali differenze sono oggetto di analisi al fine di richiedere le opportune correzioni/integrazioni. In particolare la SOC Contabilità Generale sollecita e verifica che gli Enti SDS e ISPRO abbiano effettuato il carico inventariale di tutti i beni pervenuti nell'anno di riferimento. La quadratura tra registro cespiti e contabilità generale deve essere completata prima della chiusura dell'esercizio di riferimento; 3) Accantonamenti di fine esercizio: la SOC Contabilità Generale provvede ad effettuare la contabilizzazione degli accantonamenti richiesti dagli Enti SDS e ISPRO ai fondi rischi e oneri per tener conto di passività a natura determinata ed incerta probabile (fondi rischi) o di passività aventi natura determinata ed esistenza certa, stimate nell'importo o nella data di sopravvenienza (fondi oneri). Tali contabilizzazioni devono essere effettuate entro la chiusura dell'esercizio di riferimento. 4) Fondo svalutazione dei crediti: la SOC Contabilità Generale provvede ad effettuare le scritture contabili relative alla rideterminazione del fondo svalutazione crediti sulla base delle indicazioni ricevute dagli Enti SDS e ISPRO. Tale contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento. 5) Ammortamenti e sterilizzazione: La SOC Contabilità Generale provvede a contabilizzare gli ammortamenti dei beni soggetti a inventariazione una volta verificata la quadratura tra contabilità generale e registro cespiti, provvedendo successivamente anche alla contabilizzazione delle scritture relative alla sterilizzazione degli ammortamenti (e all'eventuale storno dei contributi dei cespiti derivanti da autofinanziamento o da finanziamenti finalizzati). Tali operazioni sono effettuate tramite l'analisi della provenienza di ciascun cespite. Anche in questo caso la contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento.	SOC Contabilità Generale	Legge Regionale 40/2005 Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9749 dell'08/06/2021 DGR 1265/2009, DGR 243/2011	Nessuno																
3	Contabilizzazione e pagamento degli emolumenti stipendiali	Contabilizzazione degli stipendi, delle ritenute e degli oneri a carico ente sulla base delle informazioni stipendiali trasmesse da Estar e conseguente emissione dei mandati di pagamento in base a flussi o ruoli inviati da tale Ente.	SOC Contabilità Generale	Pagamenti effettuati nei termini e con le modalità previste dai contratti di lavoro in vigore al momento del pagamento	Nessuno																
4	Contributi vincolati, finalizzati, per investimenti e quote di FSR indistinto	Nel corso dell'esercizio la SOC Contabilità Generale provvede a contabilizzare i contributi vincolati, finalizzati, per investimenti e di quote di FSR indistinto in base a specifici atti di assegnazione da parte della Regione Toscana o di altri soggetti pubblici o privati. La SOC Contabilità Generale provvede altresì a contabilizzare gli incassi di tali contributi e, al termine dell'esercizio per i contributi finalizzati di ISPRO, a rilevare anche gli accantonamenti della parte non spesa dei contributi dell'anno e gli utilizzi della parte spesa nell'anno dei contributi accantonati in anni precedenti, mentre per i contributi finalizzati delle SDS provvede a rilevare i riscontri passivi per la parte non spesa di tali finanziamenti. Tale contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento.	SOC Contabilità Generale	Legge Regionale 40/2005 Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9749 dell'08/06/2021 DGR 1265/2009, DGR 243/2011	Nessuno																
5	Ciclo passivo	1) Ricezione e registrazione fatture: il personale della SOC Contabilità generale addetto alla protocollazione riceve le fatture in archivio temporaneo, presente nell'applicativo contabile, procede alla contabilizzazione entro 15 gg dalla data di ricezione sulla SOI (Sistema di Intercambio), previa verifica della correttezza dei requisiti formali di cui all'art. 21 DPR 633/72. Procede inoltre all'eventuale rifiuto qualora ricorrono i casi previsti dal Decreto del Ministero dell'Economia 132/2020. 2) Verifica correttezza fornitura: il Ricevimento o la lettera di liquidazione sono effettuati dal personale degli Uffici Liquidatori dell'Ente SDS e ISPRO entro 30 gg dalla erogazione del servizio ed attestata la regolarità della fornitura. L'ufficio Liquidatore attesta anche la validità del DURC, ovvero la regolarità contributiva e per i beni inventariati anche il carico sui cespiti. 3) Abbinamento Fattura/Ricevimento/Liquidazione ed emissione mandato di pagamento: il personale della SOC Contabilità generale addetto alla fase in oggetto, procede all'abbinamento della fattura con i relativi ricevimenti/liquidazioni ed alla successiva emissione del mandato di pagamento nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente, qualora la liquidazione sia stata fatta nei termini sopraindicati. 4) Mancato abbinamento Fattura/Ricevimento/Liquidazione: Nel caso in cui non sia possibile l'abbinamento tra liquidazione e fattura, il personale della SOC Contabilità generale inserisce sulla fattura lo stato bloccato e verifica con la collaborazione con gli Uffici Liquidatori le motivazioni della mancata o insufficiente liquidazione.	SOC Contabilità Generale	Legge Regionale 40/2005 Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9749 dell'08/06/2021 DGR 1265/2009; DGR 243/2011; Normativa specifica sui tempi di pagamento.	Nessuno																
6	Ciclo attivo	1) Rilevazione e contabilizzazione del ricavo e del credito: la rilevazione del ricavo e del credito avvengono tramite l'emissione di fatture e/o documenti interni. Tali atti sono emessi sulla base di idonea documentazione che permetta di appurare la ragione del credito, la sussistenza di idoneo titolo giuridico, il soggetto debitore, l'importo e la scadenza del credito. 2) Riscossione: La riscossione prevede l'emissione di un ordinativo d'incasso predisposto in base ad una o più specifiche contabili di entrata. L'ordinativo è messo su supporto informatico e firmato digitalmente. 3) Trasferimento somme riscosse nella Cassa dell'Ente: il tesoriere acquisisce le somme versate da soggetti pubblici e privati e le trasferisce nelle casse dell'Ente entro i termini previsti dalla convenzione di Tesoreria. Tali somme sono poi regolarizzate con gli ordinativi di riscossione di cui al punto precedente.	SOC Contabilità Generale	Legge Regionale 40/2005 Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9749 dell'08/06/2021 DGR 1265/2009; DGR 243/2011.	Nessuno																

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Analisi dati attività sanitaria
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	APICDG005
DIR:	Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Massimo Fondi
Struttura del RESP:	SOC Analisi dati attività sanitaria e programmazione operativa
Data di aggiornamento:	31/12/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Aziendale, Sanitaria ed Amministrativa; Dipartimenti Aziendali, Direzioni Sanitarie di Presidio. Enti Esterni; Cittadino	Banche dati aziendali e/o fornite da ESTAR/RT	Il processo si occupa di recepire i bisogni informativi dell'organizzazione e/o di soggetti esterni; di accedere ai dati di interesse aziendale; di elaborarli trasformandoli in indicatori di sistema, di processo o di esito; di distribuire l'informazione agli organi aziendali utilizzatori/richiedenti in modo puntuale o sotto forma di report.	Indicatori puntuali e specifiche o report riassuntivi sull'attività aziendale	Direzione Aziendale, Sanitaria ed Amministrativa; Dipartimenti Aziendali, Direzioni Sanitarie di Presidio. Enti Esterni; Cittadino

2 - ANALISI DEL PROCESSO																					
APICDG005 - Analisi dati attività sanitaria - 31/12/2021																					
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio												
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Recepire i bisogni informativi dell'organizzazione Aziendale e/o di Enti esterni (Regione Toscana, Province, Comuni Autorità Giudiziarie)	Il personale della struttura recepisce le richieste di supporto all'organizzazione Aziendale e/o di Enti esterni (Regione Toscana, Province, Comuni Autorità Giudiziarie). Effettua il calcolo e la pubblicazione degli indicatori di budget aziendali. Valuta l'eshaustività e l'analisi degli errori presenti negli archivi regionali consolidati e segnala tali anomalie ad ESTAR e/o ai referenti aziendali interessati all'inserimento dei dati	Personale afferente alla SOC Analisi dati attività sanitaria e programmazione operativa	Delibera di giunta regionale n.1171/2018 "Procedur e per l'istituzione, l'aggiornamento e l'integrazione dei flussi informativi sanitari e socio-sanitari". Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Garante Privacy	Nessuno																
2	Accedere ai dati di interesse aziendale	Accesso mensile ai dati aziendali e regionali e in particolare ai flussi informativi sanitari e socio sanitari della Regione Toscana	Personale afferente alla SOC Analisi dati attività sanitaria e programmazione operativa	delibera di giunta regionale n.1171/2018 "Procedur e per l'istituzione, l'aggiornamento e l'integrazione dei flussi informativi sanitari e socio-sanitari".	Nessuno																
3	Elaborare i dati, trasformandoli in indicatori di sistema, di processo e di esito	Elaborazione quotidiana di richieste ad hoc sui dati di attività aziendali. Calcolo bimestrale degli indicatori di budget che risultano essere aggiornati ogni 2 mesi. Report mensili sui flussi DOC	Personale afferente alla SOC Analisi dati attività sanitaria e programmazione operativa	Delibera di giunta regionale n.1171/2018 "Procedur e per l'istituzione, l'aggiornamento e l'integrazione dei flussi informativi sanitari e socio-sanitari". Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Garante Privacy	Nessuno																
4	Distribuire l'informazione agli organi aziendali utilizzatori/richiedenti in modo puntuale o sotto forma di report	Evasione delle richieste ad hoc tramite invio per email dei report. Predisposizione sull'intranet aziendale di cruscotti aziendali consultabili, liberamente o tramite profilazione, da parte dei colleghi aziendali	Personale afferente alla SOC Analisi dati attività sanitaria e programmazione operativa	Delibera di giunta regionale n.1171/2018 "Procedur e per l'istituzione, l'aggiornamento e l'integrazione dei flussi informativi sanitari e socio-sanitari". Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Garante Privacy	Nessuno																

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Programmazione economica aziendale, monitoraggio e reporting
Area di rischio:	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Processi connessi:	APICDG008
Codice:	APICDG006
DIR:	Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Valeria Favata
Struttura del RESP:	SOC Budget e monitoraggio costi
Data di aggiornamento:	21/09/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Regione Toscana. Direzione Aziendale, Sanitaria ed Amministrativa, Dipartimenti Aziendali, Direzioni Sanitarie di Presidio.	1. Linee guida Regione Toscana; 2. Obiettivi economici annuali o pluriennuali concordati con la Direzione; 3. Obblighi di redazione/rendicontazione entro determinati limiti temporali.	Il processo di programmazione economica comprende tutte le azioni volte al rispetto degli obiettivi economici, annuali e pluriennali, individuati dagli accordi intercorsi tra l'ente Regione Toscana e la Direzione aziendale.	Bilancio di previsione annuale e pluriennale aziendale sotto forma di provvedimento amministrativo deliberato. Report direzionali ad hoc, riassuntivi sull'attività aziendale nelle sue varie fasi. Tracciati contenenti dati previsionali (conto economico previsionale), Forecast (redatto mensilmente), Budget per consegnatario.	Direzione Aziendale, Sanitaria ed Amministrativa, Dipartimenti Aziendali, Direzioni Sanitarie di Presidio, Enti Esterni, Cittadino

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
APICDG006 - Programmazione economica aziendale, monitoraggio e reporting -21/09/2021																					
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 – Valutazione dei rischi					2.3 – Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Definizione degli obiettivi economici annuali in base alle indicazioni regionali.	La Regione Toscana invia le linee guida utili alla predisposizione del Bilancio di Previsione Annuale e Pluriennale che costituiscono la base per la programmazione economica aziendale sulla stessa scala temporale. Tali linee guida vengono recepite e assieme alla raccolta di informazioni interne all'azienda, si predispongono dei tracciati con documentazione a corredo che identificano gli obiettivi economici e di investimenti (Esecutori), condivisi con la Direzione. Le informazioni relative agli investimenti sono predisposte dal Dipartimento Area Tecnica. Tempistica – una volta l'anno generalmente entro il mese di febbraio.	Posizione Organizzativa/collaboratori amministrativi	Legge Regionale 40/2005 e ss.mm.ii. Decreto Legislativo 118/2011.	Nessuno																
2	Predisposizione del bilancio di previsione annuale e pluriennale.	A seguito della definizione degli obiettivi economici/investimenti, gli esecutori predispongono tutti i documenti ai fini di adottare il bilancio di previsione annuale e pluriennale così come disciplinato dalla normativa vigente. Tempistica – una volta l'anno generalmente entro il mese di marzo.	Dirigente/Posizione Organizzativa/collaboratori amministrativi	Legge Regionale 40/2005 e ss.mm.ii. Decreto Legislativo 118/2011.	Nessuno																
3	Definizione del budget annuale.	Il conto economico previsionale, ovvero un di cui del bilancio di previsione adottato, rappresenta la base per la definizione degli obiettivi di budget, suddivisi per consuntario di budget. Ciascun consuntario di budget, identificato convenzionalmente con un ufficio amministrativo, serve ad assegnare dei portafogli di spesa con una capienza definita in partenza e oggetto di variazioni/adequamenti in corso d'anno. L'obiettivo è ottenere un tracciato per conto economico, consuntario di budget e importo assegnato, tale da poter essere poi caricato sulla procedura di contabilità generale per gli utilizzi di spesa corrente. Tempistica – si definisce una volta l'anno e si predispongono adeguamenti in corso d'anno.	Posizione Organizzativa/collaboratori amministrativi	Procedure interne.	Nessuno																
4	Monitoraggio del CE mensile.	L'andamento dell'azienda viene valutato ogni mese fornendo, sia ai fini interni che ai fini di adempimento di debito informativo verso Regione Toscana, un conto economico previsionale aggiornato composto da un consuntivo e una previsione di chiusura al 31/12 dell'anno di interesse (Forecast). Tempistica – una volta al mese.	Posizione Organizzativa/collaboratori amministrativi	Legge Regionale 40/2005 e ss.mm.ii.	Nessuno																
5	Valutazione dell'andamento economico aziendale e ridefinizione degli obiettivi.	Negoziare tra Direzione Aziendale e Regione Toscana degli obiettivi infra annuali. La Direzione si riunisce di media 4 volte l'anno con la Regione per definire gli obiettivi infra annuali. Qualora tali incontri diano origine ad un verbale firmato da entrambe le parti, tale verbale è recepito dall'ufficio scrivente come rettifico dell'obiettivo inizialmente assegnato come da Bilancio di Previsione. Non è detto che tale attività modifichi gli importi dei portafogli di spesa inizialmente assegnati. Tempistica – generalmente quattro volte l'anno, una a seguito di ogni trimestre.	Posizione Organizzativa/collaboratori amministrativi	Legge Regionale 40/2005 e ss.mm.ii.	Nessuno																
6	Analisi degli scostamenti.	Attività gestionale che serve a valutare la performance dell'Azienda e prende a riferimento più conti economici tra cui i tracciati del Forecast (previsione di chiusura aggiornata mensilmente dai consuntari di budget), i preconsuntivi (conto economico preconsuntivo, non ancora deliberato), il bilancio di previsione (conto economico previsionale), il budget. L'ufficio scrivente mette a confronto i tracciati soprarielati e ne analizza gli scostamenti cercandone anche le motivazioni specifiche ed evidenziandole. Questo serve a capire come l'azienda si sta muovendo in corso d'anno. Generazione di reportistica direzionale ad hoc. Tempistica – una volta al mese.	Posizione Organizzativa/collaboratori amministrativi	Procedure interne.	Nessuno																

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Contabilità Analitica
Area di rischio:	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Processi connessi:	
Codice:	APICDG007
DIR:	Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Sandro Signorini
Struttura del RESP:	SOC Contabilità Analitica
Data di aggiornamento:	31/12/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Aziendale, Regione Toscana, Strutture aziendali.	Delibere aziendali relative alla organizzazione aziendale, Obblighi di rendicontazione v/s Regione Toscana, Specifiche richieste per analisi costi, Processo di Budget, Contabilità Generale, Contabilità di magazzino, Costo Personale	Gestione e manutenzione piano centri di costo/punti di prelievo. Estrazione, elaborazione, e rappresentazione dei dati di costo con cadenza mensile e rapportata alle singole strutture organizzative o a specifiche rendicontazioni (Mod. Livelli di Assistenza e Costo dei presidi ospedalieri, Salute in carcere, Elisoccorso, ecc.). Valutazioni economiche e pricing su richiesta, attraverso la valorizzazione dei fattori produttivi impiegati.	Allineamento del piano centri di costo alla struttura organizzativa. Rendicontazione dei costi per singola struttura organizzativa e/o Centro di Costo/Punto di Prelievo Analisi economiche per la stima dei costi delle prestazioni in regime non istituzionale o per valutazione di congruità delle tariffe di prestazioni.	Responsabili di struttura, Responsabili della gestione del processo di Budget, Direzione Aziendale, Regione Toscana.

2 - ANALISI DEL PROCESSO																														
APICDG007 - Contabilità Analitica - 31/12/2021																														
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio																				
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza										
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT					CI									
1	Gestione e manutenzione piano centri di costo/punti di prelievo.	In relazione alle esigenze organizzative e gestionali dell'Azienda è necessario intervenire costantemente sul piano dei centri di costo al fine di adattarlo alle esigenze informative circa i costi aziendali. In particolare, è importante mantenere un costante allineamento dei CDO/CDC/CDP con l'organigramma aziendale ed i relativi responsabili per poter consentire la gestione del processo di budget. Tempistica: quotidiana.	Collaboratori/Assistenti/ Coadiutori amministrativi	LRT 40/2005 ss.mm.ii. Delibere aziendali di organizzazione Richieste delle strutture aziendali Procedura interna	Nessuno																									
2	Estrazione, elaborazione e rappresentazione dei dati di costo con cadenza mensile e riportata alle singole strutture organizzative.	La SOC Contabilità analitica gestisce gli etl di acquisizione dei dati di costo al Data-warehouse aziendale OSLO, in particolare, dalla procedura informatica della Contabilità Olamw CEPAS sono acquisiti i consumi per centri di costo e dalle procedure delle risorse umane gli stipendi. Mensilmente vengono estratti i dati di costo sui quali sono effettuate analisi di completezza e coerenza prima di renderli disponibili alle altre strutture aziendali - in particolare dell'Area Programmazione e Controllo di gestione - che procedono con le elaborazioni di competenza. Tempistica: mensile e/o a richiesta.	Collaboratori/Assistenti/ Coadiutori amministrativi	Non esiste normativa di riferimento per questa attività. Procedure interne di elaborazione.	Nessuno																									
3	Specifiche rendicontazioni (Mod. Livelli di Assistenza e Costi dei presidi ospedalieri, Salute in carcere, Elisoccorso, ecc.).	La struttura cura direttamente alcune elaborazioni di costo specifiche legate a fabbisogni informativi esterni come, ad esempio: Modelli ministeriali Livelli di Assistenza e Costi dei Presidi ospedalieri, rendicontazione regionale Salute in carcere e Elisoccorso, elaborazioni specifiche a richiesta della Direzione o altre strutture aziendali. Tempistica: annuale e/o a richiesta.	Posizione organizzativa/Collaboratori/Assistenti/Coadiutori amministrativi	Linee di indirizzo ministeriali per la compilazione dei modelli LA e CP. Specifiche regionali in materia di rendicontazione Salute in carcere e Elisoccorso, elaborazioni specifiche a richiesta della Direzione o altre strutture aziendali.	Nessuno																									
4	Valutazioni economiche e pricing su richiesta, attraverso la valorizzazione dei fattori produttivi impiegati.	L'attività consiste in analisi di stima dei costi ed è articolata nelle seguenti fasi: - analisi della richiesta di valutazione pervenuta da altro soggetto aziendale; - individuazione dei fattori produttivi impiegati; - acquisizione dei dati economici e non rilevanti ai fini dell'analisi; - valorizzazione dei fattori produttivi impiegati sia in termini quantitativi che economici; - valutazione economica finale: costo di una struttura, di un'attività e/o di una singola prestazione. Tempistica: a richiesta.	Posizione organizzativa/Collaboratori/Assistenti/Coadiutori amministrativi	Non esiste normativa di riferimento per questa attività. Procedure interne di elaborazione.	Nessuno																									

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Negoziazione e valutazione obiettivi economici di budget
Area di rischio:	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Processi connessi:	APICDG006
Codice:	APICDG008
DIR:	Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Valeria Zaccarelli
Struttura del RESP:	SOC Controlling
Data di aggiornamento:	01/10/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
SOS Contabilità Analitica SOC Budget e monitoraggio costi	Dati di costo - conti di bilancio	Assegnazione, negoziazione, monitoraggio e valutazione obiettivi economici di Budget	Scheda obiettivi economici (A)	Responsabili di Dipartimento e di UO, OIV (Organismo Indipendente di Valutazione), Direzione Aziendale

2 – ANALISI DEL PROCESSO																				
APICDG008 - Negoziazione e valutazione obiettivi economici di budget - 01/10/2021																				
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 – Valutazione dei rischi					2.3 – Trattamento del rischio										
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT				
1	Recepimento obiettivi annuali	A seguito della definizione da parte della Direzione degli obiettivi annuali aziendali (in funzione degli obiettivi regionali), il Comitato Budget si coordina con le strutture aziendali utili a interpretare, secondo la materia trattata, gli indirizzi della Direzione e declina gli obiettivi generali. In obiettivi specifici di Dipartimento e di Area.	Comitato Budget (di cui il Controlling fa parte insieme ad altre strutture aziendali)	Regolamento di Budget	nessuno															
2	Proposta obiettivi di budget	Gli obiettivi (di Dipartimento e di Area), unitamente alle risorse umane e strumentali degli stessi, vengono rappresentati nella scheda A per gli obiettivi economici, la quale, insieme alla scheda B di attività, viene formalmente inviata ai Direttori di zona distretto e ai Direttori di Dipartimento e di Area, i quali valutano le proposte all'interno del Comitato di Dipartimento ed inviano eventuali osservazioni/integrazioni entro 15 giorni dal ricevimento della proposta. In caso di mancata comunicazione, gli obiettivi proposti si considerano accettati e comporranno le schede oggetto di confronto durante l'incontro di negoziazione.	Comitato Budget Direttori di struttura	Regolamento di Budget	nessuno															
3	Negoziazione obiettivi budget	Il Comitato Budget valuta le eventuali proposte e incontra il Direttore di Dipartimento, i Direttori di Area (se presenti), e i Responsabili di SOC, SO50 e SO5 al fine di presentare ufficialmente le schede obiettivi e raccogliere la sottoscrizione, che potrà avvenire anche in modalità informatizzata.	Comitato Budget Direttori di struttura	Regolamento di Budget	nessuno															
4	Monitoraggio infrannuale	Almeno due volte l'anno si verifica l'andamento degli obiettivi attraverso la fase di monitoraggio, inviando le schede con i dati infrannuali ai Direttori di struttura titolari di budget. Inoltre il Comitato, insieme alla Direzione Sanitaria e/o Amministrativa, incontra in tale circostanza, i Direttori di Dipartimento e di Area e/o i Direttori di struttura che ne facciano espressa richiesta, al fine di discutere dell'andamento infrannuale, valutare l'accoglimento o meno di richieste di rinegoziazione, supportando i Direttori a individuare interventi correttivi finalizzati al riallineamento e raggiungimento degli obiettivi.	Comitato Budget Direttori di struttura	Regolamento di Budget	nessuno															
5	Valutazione raggiungimento obiettivi: Valutazione di prima istanza	Entro giugno dell'anno successivo in fase preliminare con conclusione entro il 31 ottobre, il Comitato di Budget predispone, per ciascun Titolare di Budget, le schede denominate "Report Valutazione Obiettivi" con l'indicazione del grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati nella Valutazione Sintetica Finale. Trasmissione ai Centri di Responsabilità (CdR) titolari di Budget delle rispettive Schede – le schede di pertinenza dell'Unità Operativa sono costituite dalla scheda A economica, B di attività e C di valutazione individuale. Ogni CdR potrà esaminare sul portale, la scheda C, la cui fase di valutazione è descritta nello specifico paragrafo del Regolamento di Budget. I CdR Titolari di Budget possono sottoscrivere il "Report Valutazione Obiettivi" e qualora condividono la percentuale di raggiungimento degli obiettivi ottenuta nella Valutazione Sintetica Finale, lo assumono senza necessità di alcuna aggiunta od integrazione. Qualora non dovessero condividere la percentuale di raggiungimento degli obiettivi ottenuta nella Valutazione Sintetica Finale, allegano al "Report Valutazione Obiettivi", una nota contenente le motivazioni che a loro parere giustificano il parziale e/o mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati, rinviando tutta la documentazione al Comitato Budget, entro 30 giorni. Primo contraddittorio - I CdR che non hanno accettato le valutazioni, dopo la presentazione di controdeduzioni, osservazioni e motivazioni rispetto agli accostamenti rilevati incontreranno il Comitato di Budget, si valuterà congiuntamente la documentazione presentata ed in contraddittorio, lo stesso comitato potrà accogliere totalmente le controdeduzioni o parzialmente attraverso specifico verbale e determinare la quota percentuale di raggiungimento. Secondo contraddittorio – il verbale redatto in contraddittorio tra comitato budget e CdR potrà essere nuovamente contestato da parte dei Direttori assegnatari di Budget. Un Direttore della Direzione strategica o il Direttore di Staff di competenza potrà rivedere o confermare la decisione assunta nel primo contraddittorio attraverso nota che ne specifichi la motivazione e l'accettazione o il rifiuto del richiedente.	Comitato Budget Direttori di struttura Direttori di Staff OV	Regolamento di Budget	nessuno															
6	Valutazione raggiungimento obiettivi: Valutazione di seconda istanza	L'Organismo Indipendente di Valutazione, per le Schede contenenti le controdeduzioni sollevate dal Titolare di Budget, la cui percentuale di raggiungimento non è stata modificata o è stata parzialmente modificata dal Valutatore di Prima Istanza, e laddove non accettate dal CdR, una volta acquisita la documentazione potrà convocare in contraddittorio il Titolare di Budget al fine di pervenire alla eventuale proposta di modifica della percentuale di raggiungimento. Successivamente trasmette al Direttore Generale un apposito verbale contenente le proposte complessive di valutazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione di Seconda Istanza.	Direttori di struttura Direttori di Staff OV	Regolamento di Budget	nessuno															

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Programmazione Operativa (Chirurgia Elettiva – Produzione Ambulatoriale “Modello Competitivo” - Dimissioni Complesse)
Area di rischio:	Liste di attesa
Processi connessi:	
Codice:	APICDG009
DIR:	Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Guarracino Antonio
Struttura del RESP:	SOS Gestione Operativa
Data di aggiornamento:	04/11/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Dipartimento Chirurgico, Direzioni Sanitarie di Presidio, Area Programmazione e Controllo Attività Sanitaria	Dati Risorse Fisiche a disposizione (Sale - letti), Vincoli economici (Tetti contrattuali Strutture Convenzionate), Vincoli Organizzativi	Le proposte di assegnazione delle risorse e di programmazione della produzione vengono effettuate orientativamente trimestralmente, tenendo conto dei vincoli forniti dalle Direzioni interessate. I piani produttivi sono figli di un’analisi estimativa della domanda, correlata al periodo oggetto di interesse. Valutata l’offerta a disposizione, si procede all’implementazione dei piani produttivi puntando all’allineamento ottimale con la domanda, sulla base delle direttive regionali e aziendali, con il fine di ottimizzare gli indicatori aziendali correlati ai tempi di attesa. Ogni proposta è implementata su criteri condivisi e validata dalle Direzioni interessate. Ad ogni piano segue un’attività di monitoraggio e controllo, quest’ultimo inteso come misurazione degli scostamenti dal programma di produzione ed individuazione di proposte di correttivi, al fine di minimizzare le differenze tra programmato ed effettivamente erogato.	Proposta Assegnazione e distribuzione delle risorse a disposizione	Dipartimento Chirurgico, Direzioni Sanitarie di Presidio, Area Programmazione e Controllo Attività Sanitaria

2 - ANALISI DEL PROCESSO																			
APICD009 - Programmazione Operativa (Chirurgia Elettiva - Produzione Ambulatoriale "Modello Competitivo" - Dimissioni Complesse) - 04/11/2021																			
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio									
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura						Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR				
1	Analisi della Domanda	Stima del fabbisogno produttivo attraverso lo studio delle numerosità delle liste di attesa e della loro dinamicità nel tempo. Le principali tecniche stimative utilizzate si basano su: medie mobili (semplici, ponderate), smorzamento esponenziale, analisi stimative delle serie storiche con le componenti trend e/o stagionalità. E' un'attività che viene effettuata trimestralmente e/o in linea con la verifica dei processi di programmazione della produzione. Le liste di attesa sono informatizzate ed eventuali modifiche, inserimenti, cancellazioni sono tutti tracciati e storicizzati.	Personale afferente alla SOS Gestione Operativa	DGRT 476/2018; DGRT 604/2019 PRGLA 2019-2021; DGRT 1457/2018; DGRT 750/2018; DGRT 638/2009; DA 1058/2019;	Potenzialmente ci potrebbe essere il rischio di agevolare una unità operativa piuttosto che un'altra o un istituto piuttosto che un altro, attraverso la manipolazione dei dati correlati alla domanda.	Possibile discrezionalità	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché le liste di attesa sono informatizzate ed eventuali modifiche, inserimenti, cancellazioni sono tutti tracciati e storicizzati.											
2	Valutazione dell'offerta a disposizione	Vengono valutate le disponibilità delle risorse a disposizione nel periodo di programmazione considerato. Il monte ore sala, le risorse umane e il numero di letti disponibili (nonché il budget residuo disponibile nel caso sia coinvolto anche il privato accreditato nel processo produttivo considerato) sono le risorse analizzate su cui poi viene effettuata e proposta la programmazione. Le risorse disponibili correlate all'offerta sono comunicate alla SOS Gestione Operativa dalla relative Direzioni Sanitarie di PC; i budget relativi alla produzione presso il privato accreditato sono monitorati costantemente attraverso opportune procedure informatiche (Gauss).	Personale afferente alla SOS Gestione Operativa	DGRT 476/2018; DGRT 604/2019 PRGLA 2019-2021; DGRT 1457/2018; DGRT 750/2018; DGRT 638/2009; DA 1058/2019;	Potenzialmente ci potrebbe essere il rischio di agevolare una unità operativa piuttosto che un'altra, attraverso la manipolazione dei dati correlati all'offerta.	Possibile discrezionalità	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché le risorse disponibili correlate all'offerta sono comunicate alla SOS Gestione Operativa dalla relative Direzioni Sanitarie di PC; i budget relativi alla produzione presso il privato accreditato sono monitorati costantemente attraverso opportune procedure informatiche (Gauss).											
3	Allineamento Domanda - Offerta	Viene proposto e prodotto trimestralmente e in ogni ospedale aziendale, in linea con la revisione dei processi di produzione, il Piano Principale di Produzione chirurgica (Master Surgical Schedule, MSS); esso determina l'associazione ciclica delle varie combinazioni sala operatoria - giorno (o porzione di giornata) a ciascuna unità erogante in base alla lista di attesa ed alla stima dei nuovi ingressi. Nello specifico viene definito il monte orario di sedute di sala operatoria per ciascuna specialistica e la sua distribuzione all'interno dei giorni della settimana. Viene inoltre prodotto il piano aggregato (Surgical Case Assignment Problem, SCAP o Admission Planning Problem, APP); esso stabilisce, con validità solitamente annuale e conferma trimestrale, il mix ciclico di produzione settimanale di ciascuna sala. La programmazione è riferita non al singolo tipo di intervento ma ad un livello aggregato attraverso la creazione di cluster di interventi associabili per consumo di risorse (tempi di sala operatoria, degenza). I cluster vengono definiti con la componente clinica sulla base della combinazione ottimale delle tipologie di interventi da assegnare alle sedute operatorie al fine di rispettare i tempi previsti dalla classe di priorità e massimizzare il tempo di utilizzo delle sale operatorie assicurando il coordinamento fra la fase di pre-ricovero e la gestione della lista operatoria. L'algoritmo di programmazione si basa su criteri condivisi con il Dipartimento chirurgico e le DSPO in linea con la normativa vigente. Inoltre gli output dell'algoritmo sono "proposte" che vengono discusse in plenarie di condivisione al fine di procedere a verifiche e ad eventuale approvazione (quest'ultima a cura della DSPO)	Personale afferente alla SOS Gestione Operativa	DGRT 476/2018; DGRT 604/2019 PRGLA 2019-2021; DGRT 750/2018; DGRT 638/2009; DA 1058/2019; DA 847/2018;	Potenzialmente ci potrebbe essere il rischio di agevolare una unità operativa piuttosto che un'altra o un istituto piuttosto che un altro, attraverso la manipolazione dei dati correlati all'algoritmo di programmazione.	Possibile discrezionalità	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché l'algoritmo di programmazione si basa su criteri condivisi con il Dipartimento chirurgico e le DSPO in linea con la normativa vigente. Inoltre gli output dell'algoritmo sono "proposte" che vengono discusse in plenarie di condivisione al fine di procedere a verifiche e ad eventuale approvazione (quest'ultima a cura della DSPO)											
4	Monitoraggio e controllo	Vengono prodotti report con cadenza mensile (o in linea con la revisione dei processi produttivi) per il monitoraggio e il controllo dei processi produttivi oggetto di analisi. = per ogni asset, viene effettuato il sistematico confronto tra input (richiesta di prestazioni) e output (prestazioni erogate) che consente di determinare la capacità del sistema di gestire la domanda = la periodica revisione dell'input programmato rispetto all'input effettivo, invece, misura l'affidabilità dei processi a monte = la verifica dello scostamento tra l'output programmato e l'output programmato, consente di monitorare la produttività dell'asset in esame. Le fasi dei processi produttivi oggetto di analisi sono informatizzate ed eventuali modifiche sono tutte tracciate e storicizzate. Esistono controlli di tipo qualitativo (con la verifica dei criteri presi in considerazione nel processo di implementazione) e di tipo analitico (con la verifica che i risultati si trovino in livelli di confidenza accettabili o quanto meno giustificando opportunamente la presenza di outliers-andamenti anomali). Tutte le analisi vengono revisionate e implementate come proposte sulla base di criteri oggettivi condivisi con il dipartimento chirurgico e in linea con le procedure aziendali interessate. Ogni proposta viene condivisa e solo dopo validata dalle DSPO e i dipartimenti interessati.	Personale afferente alla SOS Gestione Operativa	DGRT 476/2018; DGRT 604/2019 PRGLA 2019-2021; DGRT 1457/2018; DGRT 750/2018; DGRT 638/2009; DA 1058/2019;	Potenzialmente ci potrebbe essere il rischio di agevolare una unità operativa piuttosto che un'altra o un istituto piuttosto che un altro, attraverso la manipolazione dei dati correlati al monitoraggio e alla reportistica, nella fase di controllo	Possibile discrezionalità	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché esistono controlli di tipo qualitativo (con la verifica dei criteri presi in considerazione nel processo di implementazione) e di tipo analitico (con la verifica che i risultati si trovino in livelli di confidenza accettabili o quanto meno giustificando opportunamente la presenza di outliers-andamenti anomali). Tutte le analisi vengono revisionate e implementate come proposte sulla base di criteri oggettivi condivisi con il dipartimento chirurgico e in linea con le procedure aziendali interessate. Ogni proposta viene condivisa e solo dopo validata dalle DSPO e i dipartimenti interessati.											

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Affidamento diretto di lavori di importo inferiore ad euro 150.000,00 e affidamento diretto forniture e servizi (ivi compresi i servizi di architettura ed ingegneria) di importo inferiore ad € 139.000,00 - sulla base del solo prezzo o del prezzo e di elementi qualitativi (in deroga all'art. 36 comma 2 e art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021)
Area di rischio:	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
Processi connessi:	
Codice:	ARETEC001
DIR:	Sergio Lami
Struttura del DIR:	Dipartimento Area Tecnica
RESP:	Sergio Lami, Massimo Martellini, Guido Bilello, Luca Salvadori, Luca Tani, Pierluigi Bellagambi, Luca Meucci, Ivo Bigazzi, Ermes Tesi, Gianluca Gavazzi,
Struttura del RESP:	SOC Appalti e Supporto Amministrativo, SOC Patrimonio, SOC Manutenzione Immobili Empoli, SOC Gestione Investimenti Empoli, SOC Manutenzione Immobili Firenze, SOC Gestione Investimenti Zona Firenze, SOS Gestione Investimenti Ospedali Firenze, SOS Gestione Investimenti Territorio Firenze, SOC Manutenzione Immobili Pistoia, SOC Gestione Investimenti Pistoia, SOC Gestione Investimenti e Manutenzione Immobili Prato, SOC Gestione amministrativa SIOR e ospedali in concessione
Data di aggiornamento:	25/05/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Tutte le strutture aziendali	Richiesta di attivazione lavoro, servizio, fornitura o riscontro della necessità da parte del Direttore di Struttura	Affidamento diretto di lavori di importo inferiore ad euro 150.000,00 e affidamento diretto forniture e servizi (ivi compresi i servizi di architettura ed ingegneria) di importo inferiore ad € 139.000,00 - sulla base del solo prezzo o del prezzo e di elementi qualitativi (in deroga all'art. 36 comma 2 e art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021).	Determina Dirigenziale di aggiudicazione, Contratto stipulato con l'aggiudicatario	Operatori economici.

2 – ANALISI DEL PROCESSO																				
ARETECO01 - Affidamento diretto di lavori di importo inferiore ad euro 150.000,00 e affidamento diretto forniture e servizi (ivi compresi i servizi di architettura ed ingegneria) di importo inferiore ad € 139.000,00 - sulla base del solo prezzo o del prezzo e di elementi qualitativi (in deroga all'art. 36 comma 2 e art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021) - 29/05/2022																				
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio										
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura					Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza		
										CN	TR	ET	RG	SM					FR	RT
1	Recupero/isconto necessità di intervento o approvvigionamento	Il Direttore di Struttura riceve le richieste di intervento lavori o approvvigionamento di servizi o forniture da parte dei soggetti Aziendali interni o esterni al Dipartimento. Le richieste vengono inoltrate tramite: - email; - piattaforma informatica; - richiesta scritta della Direzione (Aziendale, Ospedaliera o Territoriale). Il Direttore di Struttura può altresì rilevare direttamente la necessità di intervento di lavori o approvvigionamento di servizi o forniture. Infine, il Direttore di Struttura può rilevare la necessità di intervento dagli strumenti di programmazione (es. nel Piano degli Investimenti, approvato con delibera del Direttore Generale).	Direttore della Struttura competente per il tipo di intervento	Piano degli Investimenti aziendale oppure Budget assegnato alla struttura	Nessuno															
2	Valutazione richiesta e nomina RUP	Il Direttore della Struttura valuta se approvare le richieste e, nel caso, decide sulla base delle competenze specifiche necessarie, dei carichi di lavoro e dell'assenza di conflitto di interessi, se mantenere il ruolo di RUP o individuare un proprio collaboratore nominandolo con nota e affidandogli l'incarico a procedere in attuazione della delibera aziendale n. 1064 del 13/07/2017. Nel caso di affidamenti trasversali alle SO, il RUP è individuato dal Direttore di Dipartimento. Il conflitto di interessi viene rilevato facendo sottoscrivere al RUP nominato apposita dichiarazione di assenza di conflitto.	Direttore della Struttura competente per il tipo di intervento	Art. 31 D.lgs 50/2016, art. 42 D.lgs 50/2016, art. 6 bis L. 241/1990 Delibera D.G. n. 1064 del 13/07/2017	Esiste il rischio che il RUP individuato sia in conflitto di interessi	Conflitto di interessi Mancanza di rotazione	Medio		Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi / N° di procedure di affidamento					X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	Al'atto della nomina del RUP	
3	Definizione documentazione tecnica ed importo a base di affidamento	Il RUP, in qualità di progettista per gli interventi di minor complessità, predispone e definisce i contenuti della documentazione tecnica, seguendo le indicazioni di legge, e indica le caratteristiche generali delle opere da eseguire senza individuare forniture specifiche che potrebbero favorire un operatore economico rispetto ad un altro. Nei casi di interventi di maggior complessità, il progetto viene individuato all'interno del Dipartimento o all'esterno dell'Azienda mediante relativa procedura di affidamento. L'importo a base di affidamento viene determinato applicando alle quantità delle prestazioni i prezzi dedotti dai vigenti prezzi della Regione Toscana, ovvero prezzi della Stazione appaltante, ed in mancanza della corrispondente voce nei prezzi, mediante analisi del prezzo (applicando alle quantità di materiali, mano d'opera, noli e trasporti, necessari per la realizzazione delle quantità unitarie di ogni voce, i rispettivi prezzi elementari dedotti da listini ufficiali ovvero dai prezzi correnti di mercato ecc.), ovvero attraverso indagini di mercato acquisendo preventivi da uno o più operatori economici ovvero basandosi sullo storico dei prezzi rilevanti per precedenti prestazioni analoghe. Nel caso di affidamenti di servizi di ingegneria e architettura, il calcolo del corrispettivo da porre a base di affidamento viene calcolato ai sensi del Decreto del Ministero della Giustizia 17/06/2016 "Approvazione delle Tabelle dei corrispettivi commisurati al livello qualitativo delle prestazioni di progettazione adottato ai sensi dell'art. 24, comma 8, del decreto legislativo n. 50 del 2016". Il RUP del singolo procedimento, nel calcolare l'importo da porre a base dell'affidamento, definisce puntualmente il fabbisogno in relazione all'oggetto dell'appalto, determinando per ogni attività di cui si compone l'affidamento, il relativo importo con le modalità sopra specificate. Ciò consente non solo la formulazione di offerte congrue, ma evita anche che la sottostima dell'importo di affidamento possa determinare l'elusione della disciplina prevista dal Codice per importi superiori (divieto di frazionamento).	RUP Progettista interno o esterno	Art. 23, 24 del D.lgs 50/2016 Delibera DG 377 del 24/03/2022	Esiste il rischio potenziale che il RUP e/o il progettista incaricato possano condizionare l'esito dell'affidamento con la definizione della documentazione tecnica a causa di un conflitto di interessi	Conflitto di interesse	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del progettista incaricato della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.						X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi / N° di incarichi di progettazione	100%	RESP	Al'atto della nomina del progettista	
4	Verifica elenco fornitori	Il RUP verifica se nell'elenco aziendale degli operatori economici (approvato con delibera ed aperto all'accesso degli eventuali interessati) sono presenti operatori qualificati per svolgere l'attività richiesta.	RUP	Delibera DG 377 del 24/03/2022	Nessuno															
5	Scelta fornitore e inoltra richiesta di offerta	Se nell'elenco sono presenti uno o più operatori nella categoria richiesta, il RUP sceglie tra questi uno o più operatori a cui inviare la richiesta di offerta. I criteri attualmente presenti valutano solo i requisiti tecnico/professionali degli operatori, evitando comunque di norma di invitare, per prestazioni analoghe, lo stesso operatore più volte; a tal fine nell'elenco aziendale per ogni operatore economico vengono riportati gli inviti e le aggiudicazioni a precedenti affidamenti aziendali. Nel caso di invito del contraente uscente o dell'operatore economico invitato e non affidatario del precedente affidamento, il RUP deve fornire sempre adeguata motivazione in ordine a tale scelta nella propria relazione. Per affidamenti di importo superiore ad euro 40.000,00 il RUP, precedentemente all'invio della richiesta di offerta, si attiva per l'adozione dell'atto di approvazione della documentazione tecnica posta a base dell'affidamento e propone l'avvio della procedura al Direttore della Struttura competente, sulla base della relazione di avvio redatta dal RUP medesimo.	RUP	Delibera DG 377 del 24/03/2022 Art. 36 comma 1 D.lgs 50/2016	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore presente sul mercato	Conflitto di interessi Mancanza di regolamentazione	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Integrazione della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori.						X	Integrare la delibera 377/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori (S/N/D)	Si	RESP	31/12/22	
6	Ricerca fornitori sul mercato	Se nell'elenco non sono presenti uno o più operatori, il RUP individua sul mercato uno o più operatori idonei fra quelli specializzati nel settore oggetto dell'affidamento, fornendone adeguata motivazione.	RUP	Delibera DG 377 del 24/03/2022 Decreto Semplificazioni 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore presente sul mercato	Conflitto di interessi Mancanza di regolamentazione	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Integrazione della Delibera DG 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori.						X	Integrare la delibera 377/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori (S/N/D)	Si	RESP	31/12/22	
7	Pubblicazione lettera di richiesta offerta	Il RUP carica su START/MEPA (in via residuale la procedura può essere fatta con modalità cartacea tramite PEC o e-mail per affidamenti di importo inferiore ad euro 5.000,00), la lettera di richiesta di offerta nella quale si specifica anche il criterio di assegnazione e la documentazione tecnica. La richiesta su START/MEPA rimane per un periodo congruo stabilito dal RUP	RUP	Art. 40, comma 2 D.lgs 50/2016; Art. 1 comma 130 L. 145/2018 di modifica art. 1, comma 450 L. 296/2016	Esiste il rischio che un operatore venga avvantaggiato o svantaggiato definendo tempi di presentazione delle offerte troppo brevi.	Conflitto di interessi Mancanza di regolamentazione	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.						X	Integrare la delibera 377/2022 con l'indicazione delle tempistiche minime per la presentazione dell'offerta. (S/N/D)	Si	RESP	31/12/22	
8	Scelta migliore offerta	Gli operatori economici presentano le loro offerte. Il RUP provvede all'apertura della busta virtuale contenente sia la documentazione amministrativa che l'offerta: per affidamenti di importo superiore ad euro 40.000,00 la data di apertura della busta viene indicata nella richiesta di offerta in modo da consentire la partecipazione da parte degli operatori interessati. Il RUP sceglie l'offerta migliore sulla base del solo prezzo offerto e/o sulla base di elementi qualitativi descritti nella richiesta di offerta. Per gli affidamenti di importo inferiore a 5.000 euro, il RUP può non utilizzare la piattaforma telematica START o MEPA e attivare la negoziazione acquisendo uno o più preventivi, mediante l'utilizzo dei mezzi di comunicazione elettronici (e-mail o pec), e successivamente scegliendo il preventivo migliore sulla base del prezzo offerto.	RUP	Delibera DG 377 del 24/03/2022	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore presente sul mercato	Conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.						X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	Al'atto della nomina del RUP	
9	Elaborazione della relazione con caratteristiche e motivazioni della scelta	Per affidamenti di importo inferiore ad euro 40.000,00 il RUP elabora una relazione unica, sulla base di uno schema tipo unico, in cui riporta tra le altre cose le caratteristiche dell'affidamento, le motivazioni che hanno condotto ad individuare l'operatore economico invitato. Contestualmente verifica se l'operatore economico che ha presentato migliore offerta, ha i requisiti richiesti, se l'offerta presentata è congrua e, in caso di esito positivo, ne propone l'affidamento. Per affidamenti di importo superiore ad euro 40.000,00 il RUP elabora una relazione di avvio dell'affidamento in cui riporta, tra le altre cose, le caratteristiche dell'affidamento e le motivazioni che hanno condotto ad individuare l'operatore economico; elabora inoltre una relazione finale in cui riporta la scelta dell'affidatario, le verifiche sui requisiti effettuate come da verbale istruttorio allegato ed allega inoltre il verbale delle operazioni svolte per l'apertura della busta contenente la documentazione amministrativa ed economica.	RUP	Art. 32 comma 2 D.lgs 50/2016 Delibera DG 377 del 24/03/2022	Nessuno															

2 - ANALISI DEL PROCESSO																			
ARETECO01 - Affidamento diretto di lavori di importo inferiore ad euro 150.000,00 e affidamento diretto forniture e servizi (ivi compresi i servizi di architettura ed ingegneria) di importo inferiore ad € 139.000,00 - sulla base del solo prezzo o del prezzo e di elementi qualitativi (in deroga all'art. 36 comma 2 e art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021) - 23/05/2022																			
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi				2.3 - Trattamento del rischio										
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura						Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR				
10	Aggiudicazione affidamento	Il Direttore di struttura di appartenenza del RUP provvede con determina ad approvare la relazione e la documentazione allegata, trasmessagli dal RUP, ed affidare il lavoro/servizio/fornitura all'operatore economico precedentemente individuato. Per gli affidamenti di importo inferiore ad euro 5000,00 la determina di norma può comprendere più affidamenti e viene adottata entro il mese successivo alla data dell'ultimo affidamento.	RUP/Direttore di Struttura	Delibera DG 377 del 24/03/2022	Nessuno														
11	Stipula contratto	Il Direttore della struttura stipula il contratto con l'operatore economico tramite scambio di corrispondenza - PEC, per gli affidamenti di importo inferiore ad euro 5.000,00 il contratto si intende stipulato, di norma, con l'ordine sottoscritto dal Direttore della struttura competente.	Direttore di Struttura	Delibera DG 377 del 24/03/2022 Art. 32 comma 14 Dlgs 50/2016	Esiste il rischio che le fasi successive della procedura di affidamento siano condizionate dalla presenza di conflitti di interessi dell'operatore	Conflitto di interessi	Alto	Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la presenza di conflitti di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte dell'operatore della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.						X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	Prima dell'affidamento
12	Pubblicazione	Pubblicazione su Amministrazione Trasparente unitamente alla determina di affidamento nonché sul sistema telematico Osservatorio dei Contratti Pubblici.	RUP con il supporto del personale amm/vo del Dipartimento Area Tecnica	Delibera DG 377 del 24/03/2022 Art. 29, commi 1 e 2 Dlgs 50/2016	Nessuno														

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Dismissione, alienazione e donazioni beni mobili di proprietà
Area di rischio:	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Processi connessi:	
Codice:	ARETEC006
DIR:	Sergio Lami
Struttura del DIR:	Dipartimento Area Tecnica
RESP:	Guido Bilello
Struttura del RESP:	SOC Patrimonio
Data di aggiornamento:	10/05/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clients
Tutte le strutture aziendali	Proposta di fuori uso di un bene mobile	Il processo gestisce tutte le attività di dismissione, alienazione e donazioni dei beni mobili di proprietà	Delibera dismissione, alienazione e donazione	Operatori economici ed associazioni no profit

2 – ANALISI DEL PROCESSO																						
ARETECC06- Dismissione, alienazione e donazioni beni mobili di proprietà - 10/05/2022																						
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 – Valutazione dei rischi						2.3 – Trattamento del rischio												
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza		
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT					CI	
1	Ricevimento proposta di fuori uso del bene da parte della struttura competente	La SOC Patrimonio riceve la proposta di fuori uso del bene da parte della struttura consegnataria: - nel caso di un bene sanitario è necessario che la struttura richieda il parere della HTA che viene inviato alla SOC Patrimonio, le Tecnologie Sanitarie invece forniscono un parere di non riparabilità; - per tutti gli altri beni il processo è gestito all'interno della SOC Patrimonio che decide se coinvolgere altre strutture per un parere in merito, (es. per un condizionatore verranno certamente coinvolte le manutenzioni, per un tavolo al quale si sono rotte le gambe deciderà in autonomia).	Direttore della SOC Patrimonio																			
2	Valutazione Direttore della SOC Patrimonio	La SOC Patrimonio, unitamente alle varie strutture aziendali competenti (Acquisti e Logistica, HTA, Area Tecnica etc.) valuta se il bene per il quale è stato proposto il Fuori Uso è 1) riutilizzabile 2) inadeguato 3) inservibile e privo di qualsiasi valore residuo di mercato e/o d'uso.	Direttore della SOC Patrimonio	procedura interna: PAC 0104.1 dismissione e furti PAC 104.2 Alienazioni beni mobili																		
3	Gestione beni riutilizzabili	Il bene dichiarato riutilizzabile viene collocato in ambienti idonei di stoccaggio in attesa di un successivo riutilizzo all'interno dei processi produttivi aziendali per un tempo massimo di sei mesi.	Direttore della SOC Patrimonio	procedura interna: PAC 0104.1 dismissione e furti PAC 104.2 Alienazioni beni mobili																		
4	Gestione beni inadeguati ma con valore residuo di mercato e/o d'uso	In caso di bene inadeguato ma con valore residuo di mercato e/o d'uso, vengono avviate le procedure per l'alienazione tramite asta pubblica con prezzo stabilito in collaborazione con soggetti interni competenti per la tipologia di bene in questione (p.e. HTA, Dip. Tecnico, Acquisti e Logistica, etc.) Per i beni non alienati tramite asta pubblica o per i beni inadeguati ma privi di valore di mercato, si procede alla donazione sempre con asta pubblica. Per avviare la procedura di alienazione e/o donazione viene adottata una deliberazione del Direttore Generale.	Direttore della SOC Patrimonio	Procedura interna: PAC 0104.1 Dismissione e furti PAC 104.2 Alienazioni beni mobili 105 Donazioni beni mobili aziendali favore di terzi.	Esiste il rischio di determinare un valore di mercato troppo basso favorendo le ditte/privati interessati all'acquisto che avranno la possibilità di acquistare il bene ad un prezzo inferiore al suo valore effettivo.	Potenziale conflitto di interessi favorito dalla mancanza di controllo e da una eccessiva discrezionalità nella definizione del prezzo di mercato.	Medio	Il rischio risulta medio perché la probabilità che l'evento si verifichi e l'impatto conseguente sono di livello medio dato che i beni in questione hanno terminato il periodo di ammortamento per cui a bilancio hanno un valore minimo (comunque inferiore al prezzo di vendita). Inoltre, se non alienati, dovrebbero essere distrutti pagando la ditta per lo smaltimento per cui riuscire a venderli è per noi un doppio guadagno: risparmiamo i costi di smaltimento ed incassiamo una somma di denaro.	Per le procedure di alienazione di beni di valore di alienazione superiore a € 5.000,00 dovrà essere prevista una commissione di valutazione composta dal Direttore della SOC Patrimonio o suo delegato e da componenti delle strutture competenti per tipologia di beni, che indichi in maniera congiunta il valore residuo minimo dei beni, esplicitandone le motivazioni in un documento interno.	X								X	Per le procedure di alienazione di beni di valore di alienazione superiore a € 5.000,00, nomina di una commissione di valutazione composta dal Direttore della SOC Patrimonio o suo delegato e da componenti delle strutture competenti per tipologia di beni, che indichi in maniera congiunta il valore residuo minimo dei beni, esplicitandone le motivazioni in un documento interno.	N° di commissioni nominate / N° di procedure di alienazione di beni con valore di alienazione complessivo superiore a € 5.000,00	RESP	30/06/22
5	Gestione beni inservibili e privi di qualsiasi valore di mercato e/o d'uso	In caso di bene inservibile e privo di qualsiasi valore di mercato e/o d'uso, viene attivato il percorso di rottamazione tramite conferimento a ditte specializzate di smaltimento beni mobili, individuate con apposita gara del soggetto aggregatore o di ESTAR	Direttore della SOC Patrimonio - Ecomanagement aziendale	procedura interna: PAC 0104.1 dismissione e furti PAC 104.2 Alienazioni beni mobili																		
6	Registrazione fuori uso per i beni inadeguati e/o inservibili	Una volta espletate le procedure di cui sopra per i beni non riutilizzabili, e quindi inadeguati e/o inservibili, se ne registra il Fuori Uso nel registro inventario con conseguente aggiornamento dello Stato patrimoniale aziendale.	Direttore della SOC Patrimonio	procedura interna: PAC 0104.1 dismissione e furti PAC 104.2 Alienazioni beni mobili																		

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Concessione contributi per parrucche, modifica strumenti di guida per disabili, metodo riabilitativo Doman e Fay per disabili, trattamenti dialitici domiciliari, trasporto con mezzo proprio per dialisi ospedaliera e rimborsi per trapianti fuori Regione
Area di rischio:	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	DECENT001
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento del Decentramento
RESP:	Annalisa Ghiribelli (Firenze - Empoli) e Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli SOS Servizi per il territorio e sociale Prato, Pistoia
Data di aggiornamento:	04/06/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Cittadini Associazione AVO	Domanda per il riconoscimento di un contributo	Il processo riguarda la gestione della concessione di contributi per parrucche - modifica strumenti di guida per disabili - metodo riabilitativo Doman e Fay per disabili - trattamenti dialitici domiciliari - trasporto con mezzo proprio per dialisi ospedaliera e rimborsi per trapianti fuori Regione	L'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX)	SOC Fornitori

2 - ANALISI DEL PROCESSO																					
DECENTOD1 - Concessione contributi per parrucche, modifica strumenti di guida per disabili, metodo riabilitativo Doman e Fay per disabili, trattamenti dialitici domiciliari, trasporto con mezzo proprio per dialisi ospedaliera e rimborsi per trapianti fuori Regione - 04/06/2021.																					
2.1 - Descrizione delle attività						2.2 - Valutazione del rischio				2.3 - Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicators	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Recupero dell'istanza, trasmissione agli Uffici amministrativi competenti e istruttoria dell'istanza	Contributo per parrucche: L'avente diritto presenta, su apposita modulistica, l'istanza allo sportello competente (Punti insieme, PUA, Uffici Amministrativi/Protocollo decentrat) il cui elenco è presente nel sito aziendale. L'istanza può essere presentata anche dall'Associazione AVO con la quale FAUSL TC ha sottoscritto apposita convenzione. L'Ufficio ricevente o l'Associazione AVO, effettua una prima verifica formale sulla completezza della documentazione presentata, ovvero la presenza di tutti i dati richiesti nonché degli allegati richiesti dalla stessa istanza. Nel caso di mancanza di dati o dei documenti allegati richiesti, l'Ufficio ricevente informa l'utente al fine di integrare la documentazione mancante. L'Ufficio ricevente o l'Associazione AVO invia l'istanza all'apposito Ufficio amministrativo liquidatore.	Amministrativo Operatore sanitario	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi Legge 104/1992 e smi D.lgs. 38/2014 DM 3/11/1989 DPCM 1/12/2000 Circ. Min. Salute 33/1989 DCR 148/1997 DCR 373/1996 L.R. 40/2009 L.R. 41/2009 L.R. 12/2019 DGR 1061/2000 DGR 738/2006 Regolamento CE 883/2004 Regolamento CE 987/2009 Procedure aziendali: per dialisi: procedura del 30/01/2019 Per parrucche: procedura del 06/08/2019	Rischio di accettazione della istanza in mancanza dei requisiti richiesti e della documentazione prevista per legge utile all'attribuzione del vantaggio/beneficio	Mancanza di procedura approvata (per strumenti di guida e metodo riabilitativo fay – doman)	Alto	Il rischio risulta alto per l'assenza di procedure sui controlli, gli elevati interessi economici/impatto economico e per la possibile presenza di conflitti di interessi	Elaborazione procedura per strumenti di guida e metodo fay – doman che definisca modalità e tempistica dell'attività svolta dagli Uffici. Attività di condivisione tra tutte le strutture/Uffici coinvolti per uniformare tramite procedure la gestione e la tempistica delle attività.	X			X					Approvazione delle procedure con delibera D.G.	Approvazione	RESP	31/03/22
		Definizione della modulistica per la presentazione dell'istanza valida per tutti i servizi che contenga la dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46/47 del DPR n. 445/2000.										X				Approvazione e utilizzo della modulistica	Approvazione e utilizzo	RESP	31/03/22		
		Al sensi del DPR n. 445/2000 adozione di un Regolamento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazioni/atti di notorietà sui contributi/assegni di cura riconosciuti							X		X					Adozione del Regolamento sui controlli	100%	RESP	31/03/22		
								Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfirabile per dettato normativo o siano in conflitto di interessi	Rilascio da parte di tutti gli operatori coinvolti della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi.						X	N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori	100%	RESP	31/12 di ogni anno		
2	Definizione della pratica per il ricambio del contributo ed emissione dell'ordine di pagamento.	L'Ufficio amministrativo liquidatore di Zona competente per ciascun servizio: - Redige un ruolo sulla tipologia file CSV inserendo tutti i dati utili per l'emissione dell'ordine e ricevimento (nome cognome modalità di pagamento se per cassa o per bonifico, numero IBAN etc). - Effettua l'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) per il totale del ruolo. Il ricevimento rappresenta titolo esecutivo valido per la liquidazione. Il ruolo CSV viene inviato via mail alla SOCFornitori.	Amministrativo Ufficio Liquidatore di Zona competente per attività	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi Legge 104/1992 e smi D.lgs. 38/2014 DM 3/11/1989 DPCM 1/12/2000 Circ. Min. Salute 33/1989 DCR 148/1997 DCR 373/1996 L.R. 40/2009 L.R. 41/2009 L.R. 12/2019 DGR 1061/2000 DGR 738/2006 Regolamento CE 883/2004 Regolamento CE 987/2009 Procedure aziendali: per dialisi: procedura del 30/01/2019 Per parrucche: procedura del 06/08/2019	Rischio di riconoscimento parziale/tardivo del vantaggio/beneficio economico rispetto alla documentazione prodotta	Mancanza di un Regolamento sui controlli delle dichiarazioni.	Alto	Il rischio risulta alto per la presenza di possibili conflitti di interesse e gli elevati interessi economici	Al sensi del DPR n. 445/2000 adozione di un Regolamento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazioni/atti di notorietà sui contributi/assegni di cura riconosciuti ai sensi del DPR n. 445/2000	X			X				Adozione del Regolamento sui controlli	100%	RESP	31/03/22	
									Rilascio da parte di tutti gli operatori coinvolti della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi.					X	N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori	100%	RESP	31/12 di ogni anno			

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Concessione contributi per malattie rare, contributi per cure climatiche per disabili, assegno di cura per la SLA
Area di rischio:	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	DECENT002
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento del Decentramento
RESP:	Annalisa Ghiribelli (Firenze – Empoli) - Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli SOS SOS Servizi per il territorio e sociale Prato, Pistoia
Data di aggiornamento:	04/06/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Cittadini	Domanda per il riconoscimento di contributi	Il processo riguarda la gestione della concessione di contributi per malattie rare, contributi per cure climatiche per disabili, assegno di cura per la SLA	L'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX)	SOC Fornitori

2 – ANALISI DEL PROCESSO																															
DECENT002 - Concessione contributi per malattie rare, contributi per cure climatiche per disabili, assegno di cura per la SLA - 04/06/2021																															
2.1 - Descrizione delle attività						2.2 – Valutazione dei rischi				2.3 – Trattamento del rischio																					
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza										
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI														
1	Recepimento dell'istanza e trasmissione agli Uffici amministrativi competenti e istruttoria dell'istanza	L'avente diritto presenta l'istanza allo sportello competente (Punti Insieme, PUA, Uffici Amministrativi/Protocollo decentrat). Per le malattie rare anche all'Ufficio Protocollo centrale. L'Ufficio ricevente effettua una prima verifica formale sulla completezza della documentazione presentata, ovvero la presenza degli allegati richiesti dalla domanda stessa. Nel caso di mancanza dei documenti allegati richiesti, l'Ufficio ricevente informa l'utente al fine di integrare la documentazione mancante. L'Ufficio ricevente trasmette l'istanza: - alla Segreteria dell'apposita Commissione aziendale (per il contributo malattie rare); - all'Ufficio amministrativo zonale dell'UVM (per l'assegno di cura SLA); - al Medico specialistico dell'Azienda USLTC (per il contributo soggiorni climatici).	Amministrativo, Operatore sanitario	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DLgs 38/2014 DPCM 1/12/2000 Circ. Min. Salute 33/1989 L.R.T. 41/2009 Delibera GRT 493/2001 - Delibera GRT 607/2005 Delibera GRT 721/2009 Delibera GRT 358/1996 Direttiva UE 24/2011 Regolamento CE 883/2004 Regolamento CE 987/2009	Rischio di accettazione della istanza in mancanza dei requisiti richiesti e della documentazione prevista per legge utile all'attribuzione del vantaggio/beneficio	Mancanza di procedura approvata per soggiorni climatici	Alto	Il rischio risulta alto per l'assenza di procedure, gli elevati interessi economici/impatto economico e per la possibile presenza di conflitti di interessi	Elaborazione nuova procedura per soggiorni climatici che definisca modalità e tempistica dell'attività svolta dagli Uffici. Attività di condivisione tra tutte le strutture/Uffici coinvolti per uniformare e tramite procedure la gestione e la tempistica delle attività. Definizione della modulistica per la presentazione dell'istanza valida per tutti i servizi che contenga la dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46/47 del DPR n. 445/2000. Adozione di un Regolamento sui controlli	X										Approvazione delle procedure con delibera D.G.	Approvazione	RESP	31/03/2022								
																											Approvazione e utilizzo della modulistica	Approvazione e utilizzo	RESP	31/03/2022	
																												Adozione del Regolamento sui controlli	Approvazione	RESP	31/03/2022
2	Acquisizione parere endoprocedimentale dalle Commissioni/UVM/Medico coinvolti	Contributo malattie rare e assegno di cura per la SLA: La Commissione/UVM rilascia il parere/la valutazione professionale a cura dei professionisti che la compongono e tramite la Segreteria Amministrativa/Ufficio Amministrativo zonale, verbalizzano i risultati della seduta e redigono e inviano la lettera di risposta all'utente allegando anche tutta la documentazione necessaria per la liquidazione del contributo/assegno di cura (modulo di richiesta erogazione contributo/assegno di cura). Contributo soggiorni climatici-terapeutici-termali per invalidi: Il Medico Specialista/Medico di Presidio dell'AUSL TC invia all'Ufficio Amministrativo zonale la valutazione effettuata e l'Ufficio stesso trasmette la lettera di risposta all'utente allegando anche tutta la documentazione necessaria per la liquidazione del contributo (modulo di richiesta erogazione contributo).	I componenti della Commissione aziendale per la SLA sono i Medici nominati dalla Direzione aziendale. Possono essere presenti anche i direttori di Dipartimento cui afferisce la patologia trattata. I componenti dell'UVM zonale sono il medico del presidio, l'infermiere, l'assistente sociale, tutti nominati dalla Direzione aziendale. Il Medico specialista per invalidi e il fisiatra o il Medico di presidio. Segreteria Amministrativa / Ufficio Amministrativo zonale	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DLgs 38/2014 DM 3/11/1989 DPCM 1/12/2000 Circ. Min. Salute 33/1989 L.R.T. 41/2009 Delibere GRT 493/2001 - Delibera GRT 607/2005 Delibera GRT 721/2009 Delibera GRT 358/1996 Direttiva UE 24/2011 Regolamento CE 883/2004 Regolamento CE 987/2009 Ats del DG di nomina della Commissione/UVM/Medico Specialista	La Commissione/UVM/Medico o può riconoscere un vantaggio o uno svantaggio non dovuto ad un soggetto beneficiario	Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfirabile per dettato normativo o siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio risulta medio a causa della presenza di possibili conflitti di interessi e degli elevati interessi economici che sono mitigati dalla collegialità della decisione	Acquisizione da parte della Segreteria Amministrativa / Ufficio Amministrativo zonale, per ciascun parere/verbale e con riferimento a ciascun soggetto coinvolto, delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi. Rilascio da parte di tutti gli operatori coinvolti della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi.												N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori	100%	RESP	31/12 di ogni anno							
																												N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori	100%	RESP	31/12 di ogni anno
																														N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori	100%
3	Definizione della pratica per il riconoscimento del contributo/assegno di cura ed emissione dell'ordine di pagamento	L'avente diritto trasmette tutta la documentazione e utile al riconoscimento del contributo/assegno all'Ufficio amministrativo liquidatore di Zona competente per ciascun servizio che: - Redige un ruolo su apposita modulistica CSV inserendo tutti i dati utili per l'emissione dell'ordine e ricevimento (nome cognome modalità di pagamento se per cassa o per bonifico, numero IBAN etc); - Effettua l'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) per il totale del ruolo. Il ricevimento rappresenta titolo esecutivo valido per la liquidazione. Il ruolo CSV viene inviato via mail alla SOC Fornitori.	Ufficio Amministrativo Liquidatore competente per attività	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DLgs 38/2014 DM 3/11/1989 DPCM 1/12/2000 Circ. Min. Salute 33/1989 L.R.T. 41/2009 Delibere GRT 493/2001 - Delibera GRT 607/2005 Delibera GRT 721/2009 Delibera GRT 358/1996 Direttiva UE 24/2011 Regolamento CE 883/2004 Regolamento CE 987/2009 Ats del DG di nomina della Commissione/UVM/Medico Specialista	Rischio di riconoscimento parziale/tardivo del vantaggio/beneficio economico rispetto alla documentazione prodotta	Mancanza di controlli sui contributi/assegni di cura riconosciuti	Alto	Il rischio risulta alto per la presenza di possibili conflitti di interesse e gli elevati interessi economici	Ai sensi del DPR n. 445/2000 adozione di un Regolamento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazioni/atti di notorietà sui contributi/assegni di cura riconosciuti. Rilascio da parte di tutti gli operatori coinvolti della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi.	X										Adozione del Regolamento sui controlli	100%	RESP	31/03/2022								
																													N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori	100%	RESP

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Quota sanitaria RSA/RSD
Area di rischio:	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	DECENT003
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento del Decentramento
RESP:	Annalisa Ghibelli (Firenze– Empoli) Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli SOS Servizi per il territorio e sociale Prato, Pistoia
Data di aggiornamento:	05/08/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clients
Cittadini	Domanda per il riconoscimento Della quota sanitaria per Residenze sanitarie anziani (RSA) e disabili (RSD)	Il processo riguarda la gestione della concessione della quota sanitaria	Valutazione UVM e Ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX)	SOC Fornitori

2 – ANALISI DEL PROCESSO																						
DECENT003 - Quota sanitaria RSA/RSD - 05/08/2021																						
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio												
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	le dell'attuazione della	Scadenza		
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT					CI	
1	Recepimento dell'istanza, Trasmissione al Punto Unico di Accesso - PUA, Trasmissione all'Unità di Valutazione Multidimensionale - UVM/Unità di Valutazione Multidimensionale disabili - UVMD	L'avente diritto presenta l'istanza ai "Punti Insieme" costituiti dai presidi sanitari e dagli sportelli sociali dei Comuni di riferimento della Zona-Distretto. Il Punto Insieme ricevente verifica la completezza della documentazione presentata, ovvero la presenza degli allegati richiesti dalla domanda stessa (segnalazione del bisogno). Nel caso di mancanza dei documenti allegati richiesti, il Punto Insieme richiede all'utente di integrare la documentazione mancante. Tutta la documentazione viene inserita su un apposito applicativo informatico "sistema informativo sociosanitario" denominato SINNS ASTER che funge anche da protocollo e che viene utilizzato da tutti gli operatori - secondo le varie abilitazioni - che intervengono in tutto il processo/procedimento di inserimento in RSA/RSD: il Punto Insieme ricevente trasmette la suddetta documentazione al "Punto Unico di Accesso - PUA" di Zona. Il PUA che non è una struttura aziendale bensì delle Società della Salute, assicura la presa in carico dei professionisti referenti e la calendarizzazione delle sedute dell'Unità di Valutazione Multidimensionale - UVM o dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Disabili - UVMD dell'Azienda USL(TC) il "PUA" di Zona trasmette tutta la documentazione dell'utente e la scheda di valutazione sociale e la scheda infermieristica all'UVM/UVMD di Zona per la relativa valutazione professionale.	Operatore sociale/ Operatore sanitario presente nel Punto Insieme	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDRT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018	Rischio di accettazione della istanza in mancanza dei requisiti richiesti e della documentazione prevista per legge utile all'attribuzione del vantaggio economico	Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfirabile per dettato normativo o siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio risulta medio a causa della presenza di possibili conflitti di interessi per gli interessi economici in questione	Rilascio da parte di tutti gli operatori coinvolti della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D. Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi.								X	N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
2	Acquisizione della Valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale - UVM/Unità di Valutazione Multidimensionale Disabili - UVMD e trasmissione all'avente diritto di apposita comunicazione di avvenuta valutazione	La UVM/UVMD di Zona effettua la valutazione professionale a cura dei professionisti che la compongono e, tramite l'Ufficio Amministrativo UVM di Zona redige e invia la comunicazione di avvenuta valutazione. L'avente diritto invitandolo, entro 60 giorni, a contattare il Referente del caso per condividere il Piano Assistenziale Personalizzato che può prevedere l'ingresso nella RSA/RSD	i componenti dell'UVM zonale sono il medico del presidio, l'infermiere, l'assistente sociale, tutti nominati dalla Direzione aziendale ed eventualmente il Medico Specialista necessario (geriatra, psichiatra etc) ai fini valutativi	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDRT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018	La UVM/UVMD può riconoscere un vantaggio o uno svantaggio non dovuto al soggetto beneficiario	Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfirabile per dettato normativo o siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio risulta medio a causa della presenza di possibili conflitti di interessi per gli interessi economici in questione	Acquisizione da parte dell'amministrativo dell'UVM/UVMD delle dichiarazioni annuali di tutti gli operatori coinvolti nell'UVM/UVMD di cui all'art. 35-bis del D. Lgs. 165/2001 e della attestazione di assenza di conflitto di interessi.								X	N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° verbali in un anno	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
3	Istruttoria della pratica per l'inserimento in RSA/RSD o nella lista di attesa	L'avente diritto contatta il Referente del caso e sottoscrive il proprio Piano Assistenziale Personalizzato - PAP. L'Ufficio Amministrativo UVM di Zona invia all'Ufficio Rette di Zona (per la quota sanitaria) il modulo di attivazione dei servizi residenziali/semiresidenziali in RSA/RSD. L'Ufficio Rette di Zona/Referente del caso fa compilare all'avente diritto il modulo relativo al titolo di acquisto per l'inserimento in RSA/RSD. L'avente diritto, se non vi è la disponibilità della quota sanitaria, viene inserito nella lista di attesa.	Referente del caso	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDRT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018	Mancanza della sottoscrizione da parte dell'avente diritto del PAP e del titolo di acquisto	Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfirabile per dettato normativo o siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio risulta medio a causa della presenza di possibili conflitti di interessi per gli interessi economici in questione	Rilascio da parte di tutti gli operatori coinvolti della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D. Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi.								X	N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
4	Inserimento nella lista di attesa	L'inserimento e la collocazione nella lista di attesa da parte dell'Ufficio Rette di Zona avviene sulla base di specifici criteri definiti. A parità di punteggio viene data priorità all'anzianità dell'avente diritto. La graduatoria della lista di attesa è aggiornata il 15 e il 30 di ogni mese dell'anno.	Ufficio Rette di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDRT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018	Favorire posizioni di privilegio rispetto all'effettivo posizionamento in graduatoria	Rafforzamento di sistemi di controllo periodici per la corretta gestione della lista di attesa	Medio	Il rischio risulta medio a causa della presenza di sistemi di controllo che necessitano di un rafforzamento per possibili conflitti di interessi per gli interessi economici in questione	Monitoraggio trimestrale effettuato dall'Ufficio rette con il Responsabile/PO/Direttore di Zona per la verifica della corretta applicazione dei criteri previsti per l'inserimento nella lista di attesa	X									100%	RESP	31/12 di ogni anno	
5	Inserimento nella RSA/RSD	L'Ufficio Rette di Zona compila il modulo dell'impegnativa, la fa firmare al Direttore di Zona e la invia alla Sds di riferimento per l'eventuale calcolo della compartecipazione alla spesa (quota sociale). La Sds di riferimento ritrasmette all'Ufficio Rette di Zona il modulo suddetto compilato per la parte di propria competenza. L'Ufficio Rette di Zona trasmette il modulo completo alla RSA scelta dall'avente diritto, all'avente diritto stesso e al Referente del caso. I dati dell'avente diritto sono inseriti anche in un applicativo regionale "sistema informativo sociosanitario" SINNS ASTER per il flusso informativo RSA/RSD. Inoltre, ogni 4 mesi, l'Ufficio provvede al monitoraggio delle quote attraverso l'applicativo regionale "montoscana". L'avente diritto entra in RSA/RSD.	Ufficio Rette di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDRT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018	Inserimento ritardato in RSA	Rafforzamento di sistemi di controllo periodici per la corretta gestione della lista di attesa	Medio	Il rischio risulta medio a causa della presenza di sistemi di controllo che necessitano di un rafforzamento per possibili conflitti di interessi per gli interessi economici in questione	Monitoraggio trimestrale effettuato dall'Ufficio rette con il Responsabile/PO/Direttore di Zona per la verifica del corretto inserimento dell'avente diritto nella RSA/RSD	X									100%	RESP	30/06/22	
6	Liquidazione delle fatture RSA/RSD	L'Ufficio Amministrativo liquidatore di Zona o l'Ufficio Rette di Zona effettua l'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CTRIX). Il ricevimento rappresenta titolo esecutivo valido per la liquidazione delle fatture emesse dalla RSA/RSD	Ufficio Rette di Zona o Ufficio Liquidatore di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDRT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018	Mancato/parziale controllo sulle fatture RSA rispetto alle presenze certificate dalla Struttura	Rafforzamento di sistemi di controllo periodici sui ricevimenti effettuati	Basso	Il rischio risulta basso in quanto il processo è codificato da leggi regionali e specifiche procedure/applicativi	Regolamento sui controlli											100%	RESP	30/06/22

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Inserimenti utenti SERD in Strutture comunità residenziali e semi-residenziali (parte amministrativa)
Area di rischio:	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	DECENT005
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento del Decentramento
RESP:	Annalisa Ghibelli (Firenze - Empoli) e Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli SOS Servizi per il territorio e sociale Prato, Pistoia
Data di aggiornamento:	05/08/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
SERD	Autorizzazione all'inserimento degli utenti del SERD/Salute Mentale in Strutture Comunità residenziali e/o semiresidenziali	Il processo gestisce le attività amministrative per gli inserimenti degli utenti SERD in Strutture comunità residenziali - semiresidenziali	L'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) per il pagamento delle fatture delle Strutture	SOC Fornitori

2 - ANALISI DEL PROCESSO																					
DECENT005 - Inserimenti utenti SERD in Strutture comunità residenziali e semi-residenziali (parte amministrativa) - 05/08/2021																					
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 - Valutazione dei rischi				2.3 - Trattamento del rischio													
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza	
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT					CI
1	Recepimento dell'istanza, trasmissione agli Uffici amministrativi competenti e istruttoria dell'istanza	Il Responsabile del SERD trasmette all'Ufficio Amministrativo di Zona una e-mail di autorizzazione di inserimento dell'utente nella quale è indicata la Struttura Comunità residenziale o semiresidenziale accreditata di destinazione. L'Ufficio Amministrativo di Zona compila l'impegnativa di spesa con cui si avvia l'inserimento dell'utente, la sottopone alla firma del Responsabile SERD e poi la trasmette alla Struttura Comunità di destinazione.	Amministrativi dell'Ufficio Amministrativo di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi L.R.T. 41/2009 e smi Decreto Presidente GRT 2/R 2018	Nessuno																
2	Liquidazione delle fatture emesse dalle Strutture residenziali/semi-residenziali per le rette	La Struttura Comunità invia all'Ufficio Amministrativo di Zona (che funge anche da Ufficio Amministrativo liquidatore) un documento pre fattura che riporta il costo del periodo di riferimento specificando le giornate di presenza x l'importo della retta giornaliera del percorso terapeutico definito dal SERD. L'Ufficio Amministrativo di Zona, dopo aver effettuato gli opportuni controlli, emette l'ordine di pagamento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) e comunica alla Struttura Comunità l'identificativo dell'ordine.	Ufficio Amministrativo di Zona competente per attività	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi L.R.T. 41/2009 e smi Decreto Presidente GRT 2R/2018	Esiste il rischio che l'amministrativo convaldi ordini per importi non corretti per garantire un vantaggio economico alla Struttura Comunità	Conflitto di interessi Mancanza di un secondo controllo interno	Alto	Esiste un rischio di conflitto di interessi non mitigato da un controllo interno	Al sensi del DPR n. 445/2000 adozione di un Regolamento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazioni/atti di potestà sui contributi/assegni di cura riconosciuti ai sensi del DPR n. 445/2000	X			X					Adozione del Regolamento sui controlli	100%	RESP	31/03/22
		Rilascio da parte di tutti gli operatori coinvolti della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi.													X	N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori	100%	RESP	31/12 di ogni anno		

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Gestione dei contratti di appalto di servizi socio sanitari
Area di rischio:	Affidamento lavori, servizi e forniture
Processi connessi:	
Codice:	DECENT006
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento del Decentramento
RESP:	Annalisa Ghiribelli (Firenze - Empoli) e Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOC Servizi alle zone – SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli, Prato, Pistoia
Data di aggiornamento:	02/08/21

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
- SOC Acquisizione Beni e servizi; - ESTAR;	Delibera di affidamento del servizio/delibera di aggiudicazione, lettera ad uso commerciale che funge da contratto, trasmissione documenti relativi all'affidamento	Gestione dei contratti di appalti di servizi socio sanitari	Stipula del contratto, liquidazione su CEPAS della fattura emessa dall'erogatore del servizio	Aggiudicatario

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Inserimenti socio terapeutici e riabilitativi (parte amministrativa)
Area di rischio:	Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	DECENT007
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento del Decentramento
RESP:	Annalisa Ghiribelli (Firenze - Empoli) e Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli SOS Servizi per il territorio e sociale Prato, Pistoia
Data di aggiornamento:	05/08/21

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
UF Salute Mentale SERD	Modulo di autorizzazione per procedere con l'inserimento del soggetto in questione in ambienti lavorativi quali Enti pubblici, Associazioni, Imprese	Il processo gestisce le attività amministrative connesse agli inserimenti socio terapeutici e riabilitativi, questi ultimi solo se delegati dalle SdS.	L'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX)	SOC Fornitori

2 – ANALISI DEL PROCESSO																				
DECENT007 - Inserimenti socio terapeutici e riabilitativi (parte amministrativa) - 05/08/2021																				
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 - Valutazione dei rischi						2.3 - Trattamento del rischio										
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT				
1	Recepimento dell'istanza e stipula della convenzione	La UF Salute Mentale o il SERD trasmettono all'Ufficio Amministrativo di Zona, dopo una valutazione professionale e la stesura di un Piano personalizzato, il modulo di autorizzazione per procedere con l'inserimento di un utente in ambienti lavorativi quali, ad esempio, Enti pubblici, Associazioni terzo settore, Imprese. L'Ufficio Amministrativo di Zona predispone la Convenzione in base alla DG AUSLTC 1385/2020 e la fa sottoscrivere all'ente di destinazione.	Amministrativo dell'Ufficio Amministrativo di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi L.R.T. 41/2005 e smi DG AUSLTC 1385/2020																
2	Controllo sulle presenze	L'Ufficio Amministrativo di Zona procede al controllo formale delle presenze inviate dall'Ente/Associazione/Impresa su apposito modulo sottoscritto dal Responsabile, dall'utente e dall'Assistente Sociale di riferimento.	Amministrativo dell'Ufficio Amministrativo di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi L.R.T. 41/2005 e smi DG AUSLTC 1385/2020																
3	Liquidazione dei gettoni di presenza per gli inserimenti	L'Ufficio Amministrativo di Zona (che funge anche da Ufficio Amministrativo liquidatore) redige un "ruolo" inserendo tutti i dati dell'utente utili ad emettere l'ordine e il ricevimento per l'ammontare dei gettoni di presenza (nome, cognome, modalità di pagamento se per cassa o per bonifico, numero IBAN etc.). L'Ufficio Amministrativo di Zona effettua l'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) per il totale del ruolo. Il ricevimento rappresenta titolo esecutivo valido per la liquidazione. Il ruolo viene inviato via mail alla SOC Fornitori.	Ufficio Amministrativo liquidatore di Zona competente per attività	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2009 L.R.T. 41/2009 DG AUSLTC 1385/2020	Esiste il rischio che l'amministrativo attribuisca un vantaggio economico non dovuto ad un utente	Confitto di interessi	Basso	Il rischio è basso perché esiste una procedura organizzativa per il controllo e gli interessi economici sono esigui												

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Sussidi-contributi economici per utenti della UF Salute Mentale /Contributi per rette eterofamiliari per utenti della UF Salute Mentale (parte amministrativa)
Area di rischio:	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	DECENT008
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento del Decentramento
RESP:	Annalisa Ghiribelli (Firenze - Empoli) e Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli SOS Servizi per il territorio e sociale Prato, Pistoia
Data di aggiornamento:	02/08/21

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
UF Salute Mentale	Modulo di autorizzazione per procedere all'erogazione del sussidio/contributo	Il processo gestisce le attività amministrative connesse ai sussidi/contributi per utenti della UF Salute Mentale	L'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX)	SOC Fornitori

2 - ANALISI DEL PROCESSO

DECENT008 - Sussidi-contributi economici per utenti della UF Salute Mentale /Contributi per rette eterofamiliari per utenti della UF Salute Mentale (parte amministrativa) - 02/08/2021

2.1 - Descrizione delle attività														2.2 - Valutazione dei rischi				2.3 - Trattamento del rischio						
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifica di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza				
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT					CI			
1	Recepimento dell'istanza	La UF Salute Mentale trasmette all'Ufficio Amministrativo di Zona, dopo una valutazione professionale e la stesura di un Piano terapeutico personalizzato, il modulo di autorizzazione sottoscritto dal Responsabile della UF stessa per procedere con l'erogazione del sussidio -contributo (per utenti adulti) o del contributo per rette eterofamiliari degli utenti inseriti in famiglia (per il rimborso preminente di vitto e alloggio).	Amministrativo dell'Ufficio Amministrativo di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi D.P.R. 10/11/1999 PSSRT 2008-2010 e seguenti																				
2	Liquidazione dei gettoni di presenza per gli inserimenti	L'Ufficio Amministrativo di Zona (che funge anche da Ufficio Amministrativo liquidatore): - Redige un "ruolo" inserendo tutti i dati dell'utente utili ad emettere l'ordine e il ricevimento per l'ammontare dei gettoni di presenza (nome, cognome, modalità di pagamento se per cassa o per bonifico, numero IBAN etc). - Effettua l'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) per il totale del ruolo. Il ricevimento rappresenta titolo esecutivo valido per la liquidazione. Il ruolo viene inviato via mail alla SOC Fornitori.	Ufficio Amministrativo liquidatore di Zona competente per attività	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi L.R.T. 41/2005 e smi D.P.R. 10/11/1999 PSSRT 2008-2010 e seguenti	Esiste il rischio che l'amministrativo falsifichi i dati per favorire un utente o una famiglia.	Conflitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione al rischio è stato valutato basso perché è stata ritenuta bassa la probabilità che l'amministrativo possa falsificare i dati senza che l'anomalia venga rilevata.																

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Dati generali

Nome del processo:	Ricezione, controllo e liquidazione delle Distinte Riepilogative Contabili (DCR) emesse dalle farmacie convenzionate
Area di rischio:	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
Processi connessi:	FARMAC001
Codice:	DIRAMM001
DIR:	Mariateresa Asquino
Struttura del DIR:	SOC Acquisizione beni e servizi
RESP:	Carla Ciampalini
Struttura del RESP:	SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica
Data di aggiornamento:	28/03/2022

Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clients
- Farmacie territoriali convenzionate - Ditta aggiudicataria del servizio di controllo tecnico contabile tramite lettura ottica delle prescrizioni farmaceutiche	Documento contabile riepilogativo (DCR), note DPC e relative ricette farmaceutiche SSN spedite nel mese di competenza	Ricezione, controllo e liquidazione delle DCR (Distinte Contabili Riepilogative) presentate per il pagamento delle competenze mensili spettanti alle farmacie territoriali convenzionate	Ordine di liquidazione delle competenze spettanti alle farmacie convenzionate	- Farmacie territoriali convenzionate - SOC Fornitori

ANALISI DEL PROCESSO																							
DIRAMM001 - Ricezione, controllo e liquidazione delle Distinte Riepilogative Contabili (DCR) emesse dalle farmacie convenzionate - 28/03/2022																							
Descrizione delle attività					Valutazione dei rischi				Trattamento del rischio														
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza			
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI						
1	Ricevimento ricette e documento contabile	La consegna delle ricette e dei documenti contabili da parte delle farmacie territoriali convenzionate avviene seguendo due canali differenti: 1) Il 55% circa delle farmacie consegna, entro il 10 del mese successivo a quello di competenza, le distinte riepilogative contabili (DCR), le note relative alla DPC (contenente n° ricette, n° di pezzi consegnati nel mese) e le relative ricette da liquidare, direttamente alla ditta aggiudicataria del servizio di controllo tecnico contabile tramite lettura ottica delle prescrizioni farmaceutiche. Le Farmacie inviano tramite PEC la DCR e la nota DPC alla SOS Farmaceutica convenzionata, previa ricezione da parte del personale amministrativo addetto della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica. 2) Il restante 35% circa delle farmacie consegna, entro il 10 del mese successivo a quello di competenza, le distinte riepilogative contabili (DCR), le note relative alla DPC e le relative ricette da liquidare, alla SOS Farmaceutica convenzionata previa ricezione da parte della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica. I dati delle DCR e delle note DPC sono inseriti dal personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica direttamente nel gestionale della suddetta ditta. La DCR, le note DPC e le ricette vengono ritirate entro il 20 di ogni mese dalla ditta. I termini sono previsti dalla convenzione nazionale e dall'accordo regionale (DPR n. 371/98 e DGR 1488 del 1999).	Personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica	DPR n. 371/98 DGR 1488 del 1999																			
2	Verifica dei dati	Il personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica, di norma entro la metà del mese, controlla che tutti i dati della DCR e delle note DPC, corrispondano a quanto inserito nel gestionale della ditta, tenuto conto anche dei risultati della lettura ottica dei mesi precedenti e degli eventuali addebiti che sono stati definiti dalla Commissione farmaceutica aziendale e dal Collegio Tecnico e trasmessi dalla segreteria. Nel caso si riscontrino difformità, contatta la Farmacia interessata al fine di correggere la DCR/ nota DPC o, per difformità che riguardano accrediti o addebiti, procede alla correzione d'ufficio sul gestionale della ditta che effettua la lettura ottica e sulla DCR/ nota DPC.	Personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica	DPR n. 371/98 DGR 1488 del 1999	Esiste il rischio che la ditta incaricata della lettura ottica falsi i controlli per favorire/sfavorire una o più farmacie	Mancanza di controllo diretto, da parte dell'Azienda, sulle ricette non segnalate come anomale dalla lettura ottica	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio perché esiste una media probabilità che l'evento corruttivo si verifichi per la carenza di controlli e l'impatto economico e reputazionale può essere considerato medio	Approvazione di una Istruzione operativa che definisca le modalità con cui effettuare i controlli a campione sulle ricette non segnalate come anomale dalla lettura ottica con la partecipazione di un farmacista della SOS Farmaceutica Convenzionata	X				X						Approvazione di una Istruzione operativa che definisca le modalità con cui effettuare i controlli a campione sulle ricette non segnalate come anomale dalla lettura ottica (SI/NO)	SI	RESP	30/06/22
3	Verifica delle inadempienze	Sulla base dei dati di pagamento calcolati dal gestionale, il personale amministrativo entro la terza settimana del mese procede ai fini della liquidazione per importi uguali o superiori ai 5.000 euro alla verifica on line di eventuali inadempienze da parte delle singole farmacie presso l'Agenzia delle Entrate.	Personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica	Art. 48 bis del DPR 602/1973	Esiste il rischio che venga omessa la verifica	Conflitto di interessi	Basso																
4	Liquidazione	Il personale amministrativo entro il giorno 23 del mese predispone l'ordine di liquidazione delle spettanze su CEPAS tenuto conto degli esiti dell'interrogazione fatta all'Agenzia delle Entrate (eventuali decurtazioni dovute ad inadempimenti) e/o di eventuali notifiche di pignoramento presso terzi. Inoltre, lo stesso personale amministrativo, invia un file contenente tutti i dati necessari per la liquidazione alla SOC Fornitori insieme ad altra documentazione correlata. La SOC Fornitori provvede poi ad emettere il mandato di pagamento.	Personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica	DPR n. 371/98																			

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Dati generali

Nome del processo:	Elaborazione e monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	DIRAMM003, DIRAMM004, DIRAMM005, DIRAMM006, DIRAMM007
Codice:	DIRAMM002
DIR:	Lorenzo Pescini
Struttura del DIR:	Direzione Amministrativa
RESP:	Lucia Carlini
Struttura del RESP:	SOS Anticorruzione e Trasparenza
Data di aggiornamento:	23/02/2022

Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
ANAC DIR RESP UPD	PNA Linee Guida ANAC Delibere e determine ANAC Analisi dei processi aziendali Esiti del monitoraggio	Il processo si occupa dell'elaborazione e del monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)	Pubblicazione del PTPCT entro il termine stabilito da ANAC. Inserimento dei dati del PTPCT sul portale ANAC Relazione annuale del RPCT	Chiunque ANAC OIV

ANALISI DEL PROCESSO																					
DIRAMM002 - Elaborazione e monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) - 23/02/2022																					
Descrizione delle attività					Valutazione dei rischi					Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Elaborazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) elabora la bozza di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) sulla base: - della normativa e delle Linee guida ANAC; - dell'analisi del contesto territoriale nel quale opera l'Azienda; - dell'analisi del contesto interno; - degli esiti del monitoraggio delle misure anticorruzione precedentemente previste.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	Normativa anticorruzione PNA Linee Guida ANAC Delibere e determine ANAC	Omessa predisposizione di adeguate misure di prevenzione	Conflitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale													
2	Consultazione Direzione Aziendale	Il RPCT sottopone la bozza di PTPCT alla Direzione Aziendale e, eventualmente, aggiorna la bozza in base alle indicazioni ricevute.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)	Normativa anticorruzione PNA Linee Guida ANAC Delibere e determine ANAC	Nessuno																
3	Pubblicazione per consultazione sul sito intranet ed internet aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"	Il PTPCT, insieme ai suoi allegati, viene pubblicato per la consultazione sul sito intranet e su quello internet nella sezione "Amministrazione Trasparente". Il RPCT raccoglie le eventuali osservazioni pervenute e le valuta per un eventuale aggiornamento del Piano.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	Normativa anticorruzione PNA Linee Guida ANAC Delibere e determine ANAC	Nessuno																
4	Adozione del PTPCT	Al termine del periodo di consultazione il RPCT predispone la delibera di adozione da sottoporre al D.G. Dopo l'approvazione del D.G. il Piano e gli allegati sono pubblicati sul sito internet nella sezione "Amministrazione Trasparente"	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	Normativa anticorruzione PNA Linee Guida ANAC Delibere e determine ANAC	Nessuno																
5	Monitoraggio sull'attuazione del piano	Il personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza effettua il monitoraggio di Il livello sull'attuazione delle misure generali e specifiche descritte nel PTPCT chiedendo eventualmente riscontro dei dati alle competenti strutture aziendali. I risultati del monitoraggio sono riportati nella relazione annuale del RPCT.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	Normativa anticorruzione PNA Linee Guida ANAC Delibere e determine ANAC	Omesso monitoraggio incompleto delle misure anticorruzione previste	Conflitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale													

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Dati generali

Nome del processo:	Gestione delle segnalazioni dei whistleblower
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	DIRAMM003
DIR:	Lorenzo Pescini
Struttura del DIR:	Direzione Amministrativa
RESP:	Lucia Carlini
Struttura del RESP:	SOS Anticorruzione e Trasparenza
Data di aggiornamento:	23/02/2022

Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
<ul style="list-style-type: none"> - Dipendenti a tempo determinato o indeterminato dell'Azienda - Dipendenti di altre amministrazioni pubbliche che prestano servizio presso l'Azienda in posizione di comando, distacco o situazioni analoghe - Lavoratori e collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda 	Segnalazione inviata a il RPCT	Il processo si occupa della gestione delle segnalazioni inviate dai whistleblower al RPTC	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicazione dell'esito dell'istruttoria - Archiviazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Segnalante - Autorità giudiziaria - Autorità contabile - Dipartimento della Funzione Pubblica - Ufficio procedimenti disciplinari - Servizio ispettivo aziendale - Altri soggetti di competenza

ANALISI DEL PROCESSO																				
DIRAMM003 - Gestione delle segnalazioni dei whistleblower - 23/02/2022																				
Descrizione delle attività					Valutazione dei rischi					Trattamento del rischio										
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT				
1	Ricezione della segnalazione	La segnalazione può essere inviata al RPCT tramite posta elettronica, posta tradizionale o di persona anche usando l'apposita modulistica. La segnalazione viene protocollata su un apposito registro dedicato. E' in fase di predisposizione la piattaforma informatica per la gestione delle segnalazioni.	RPCT	Regolamento UE 2016 n. 62 e s.m.l. Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1695/2021	Nessuno															
2	Esame preliminare della segnalazione	Il RPCT valuta se la segnalazione abbia i requisiti e le caratteristiche necessarie per essere gestita come una segnalazione di whistleblowing. Se necessario chiede integrazioni al segnalante. Diversamente procede con l'archiviazione dandone comunicazione al segnalante. Il RPCT valuta se assegnare la pratica ad un istruttore.	RPCT	Regolamento UE 2016 n. 62 e s.m.l. Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1695/2021	Possibile conflitto di interesse in capo al RPCT rispetto al contenuto della segnalazione	Conflitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale												
3	Istruttoria della segnalazione	Il RPCT/istruttore effettua una prima verifica sulla sussistenza dei fatti segnalati e analizza tutti gli elementi necessari. Eventualmente richiede notizie, informazioni, atti o documenti ad altre strutture e/o uffici aziendali. Richiede eventualmente ulteriori chiarimenti al segnalante e/o ad altri soggetti coinvolti nella segnalazione.	RPCT e/o istruttore	Regolamento UE 2016 n. 62 e s.m.l. Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1695/2021	Possibile conflitto di interesse in capo al RPCT/istruttore rispetto al contenuto della segnalazione	Conflitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale												
4	Invio ad altri Enti e/o Uffici	Il RPCT, qualora sulla base dell'istruttoria ravveda elementi di fondatezza della segnalazione, la trasmette, secondo le diverse competenze, all'Autorità giudiziaria e/o contabile, al Dipartimento della Funzione Pubblica, al Servizio Ispettivo aziendale, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari o ad altri soggetti competenti, sempre nel rispetto dell'identità del segnalante.	RPCT	Regolamento UE 2016 n. 62 e s.m.l. Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1695/2021	Nessuno															
5	Archiviazione	Qualora, invece, il RPCT ravvisi elementi di manifesta infondatezza della segnalazione, può archivarla dandone comunicazione al segnalante.	RPCT	Regolamento UE 2016 n. 62 e s.m.l. Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1695/2021	Nessuno															

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Dati generali

Nome del processo:	Accesso civico semplice
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	DIRAMM004
DIR:	Lorenzo Pescini
Struttura del DIR:	Direzione Amministrativa
RESP:	Lucia Carlini
Struttura del RESP:	SOS Anticorruzione e Trasparenza
Data di aggiornamento:	23/02/2022

Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clients
Chiunque	Richiesta di dati, documenti o informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria	Il processo si occupa di gestire le richieste di dati, documenti o informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi dell'art.5 comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 (c.d. Decreto Trasparenza).	Comunicazione del link dove è pubblicato il dato, il documento o l'informazione oggetto della richiesta.	Chiunque Direzione Aziendale OIV Ufficio Procedimenti ANAC SOC Affari generali

ANALISI DEL PROCESSO																				
DIRAMM004 - Accesso civico semplice - 23/02/2022																				
Descrizione delle attività				Valutazione dei rischi				Trattamento del rischio												
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT				
1	Ricezione della richiesta di accesso civico semplice	Il RPCT riceve la richiesta e verifica che contenga tutti gli elementi necessari per essere accolta quali: generalità del richiedente, con i relativi recapiti, indicazione chiara ed esaustiva dei dati, informazioni o documenti per i quali è richiesta l'accesso. L'istanza può essere presentata, anche utilizzando l'apposito modulo scaricabile dal sito alla sezione Amministrazione Trasparente.	RPCT PO Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione	Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021 D.Lgs. 33/2013	Nessuno															
2	Esame dell'istanza e richiesta dei dati alla struttura che li detiene	Nel caso in cui il RPCT rilevi che l'istanza riguarda documenti, informazioni o dati oggetto di pubblicazione obbligatoria già pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda, comunica tempestivamente al richiedente il relativo collegamento ipertestuale. Se, invece, il RPCT rileva che la richiesta riguarda documenti, informazioni o dati, oggetto di pubblicazione obbligatoria, che non risultano pubblicati sul sito istituzionale Aziendale, chiede la documentazione al Direttore della struttura competente che la trasmette a il RPCT entro sette giorni.	RPCT PO Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione	Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021 D.Lgs. 33/2013	Nessuno															
3	Pubblicazione su Amministrazione Trasparente e comunicazione al richiedente	Una volta ricevuta la documentazione, il RPCT provvede alla sua pubblicazione in Amministrazione Trasparente e comunica al richiedente tempestivamente, e comunque entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza, l'avvenuta pubblicazione, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale.	RPCT	Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021 D.Lgs. 33/2013	Nessuno															
4	Comunicazione a SOC Affari Generali	Il RPCT comunica la conclusione del procedimento alla SOC Affari Generali che provvede alla registrazione nel Registro degli accessi che trimestralmente viene pubblicato su Amministrazione Trasparente.	RPCT	Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021 D.Lgs. 33/2013	Nessuno															
5	Segnalazione di inadempienze	In relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, alla Direzione Aziendale, all'OV, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari e ad ANAC.	RPCT	D.Lgs. 33/2013 PNA PTPCT Normativa di settore	Mancata segnalazione di gravi non conformità rilevate	Conflitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale												

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Riesame del diniego, totale o parziale, o della mancata risposta, all'istanza di accesso civico generalizzato e del provvedimento di rigetto dell'opposizione motivata del controinteressato
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	DIRAMM005
DIR:	Lorenzo Pescini
Struttura del DIR:	Direzione Amministrativa
RESP:	Lucia Carlini
Struttura del RESP:	SOS Anticorruzione e Trasparenza
Data di aggiornamento:	24/02/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
- Coloro che hanno ricevuto un diniego parziale o totale alla richiesta di accesso civico generalizzato o una mancata risposta - Controinteressati all'accoglimento della richiesta di accesso civico generalizzato	Istanza di riesame	Il processo si occupa di valutare le richieste di riesame e decidere sull'accoglimento e/o il rigetto	- Comunicazione al richiedente - Comunicazione alla struttura che detiene i documenti richiesti	- Coloro che hanno ricevuto un diniego parziale o totale alla richiesta di accesso civico generalizzato o una mancata risposta - Controinteressati all'accoglimento della richiesta di accesso civico generalizzato - SOC Affari Generali

2 - ANALISI DEL PROCESSO																				
DIRAMM005 - Riesame del diniego, totale o parziale, o della mancata risposta, all'istanza di accesso civico generalizzato e del provvedimento di rigetto dell'opposizione motivata del controinteressato - 24/02/2022																				
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 - Valutazione dei rischi				2.3 - Trattamento del rischio												
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT				
1	Ricezione della richiesta di riesame	La domanda di riesame viene inoltrata al RPCT da: - coloro che, presentata la richiesta di accesso civico generalizzato, hanno ricevuto un diniego totale o parziale, o una mancata risposta entro il termine prescritto; - contro interessati, nei casi di accoglimento della richiesta di accesso civico nonostante la loro opposizione.	RPCT	D.lgs n.33/2013 Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021	Nessuno															
2	Istruttoria	Il RPCT valuta entro 20gg la fondatezza del riesame e, se necessario, chiede il parere al Garante della privacy, il quale deve pronunciarsi entro il termine di dieci giorni dalla richiesta. In questo periodo l'adozione del provvedimento da parte del RPCT è sospesa fino ad un massimo di 10 gg.	RPCT	D.lgs n.33/2013 Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021	Nessuno															
3	Accoglimento o rigetto dell'istanza	Sulla richiesta di riesame, il RPCT decide con provvedimento motivato e ne da comunicazione alla SOC Affari Generali per la tenuta del Registro degli accessi.	RPCT	Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021	Omissa accoglimento della domanda di riesame per la presenza di conflitto di interessi	Conflitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale												

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Gestione degli adempimenti di trasparenza
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	DIRAMM006
DIR:	Lorenzo Pescini
Struttura del DIR:	Direzione Amministrativa
RESP:	Lucia Carlini
Struttura del RESP:	SOS Anticorruzione e Trasparenza
Data di aggiornamento:	24/02/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice (RESP) Direttore di Staff o di Dipartimento (DIR) Referenti per la Trasparenza (REF)	Dati, documenti e informazioni. oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.lgs n.33/2013	Il processo ha lo scopo di regolamentare, coordinare e vigilare le attività di individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione obbligatoria dei dati, documenti e informazioni sulla sezione del sito internet aziendale “Amministrazione Trasparente”, in conformità alle indicazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013, nella normativa di settore, nel PNA e nel PTPCT.	Dati, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria Report monitoraggio di II livello Segnalazioni di omessa pubblicazione	Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice (RESP) Direttore di Staff o di Dipartimento (DIR) Referenti per la Trasparenza (REF) Direzione Aziendale OIV Ufficio Procedimenti Disciplinari ANAC

2 – ANALISI DEL PROCESSO

DIRAMM005 - Gestione degli adempimenti di trasparenza - 24/02/2022

2.1 - Descrizione delle attività														2.2 – Valutazione dei rischi							2.3 – Trattamento del rischio				
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza					
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT					CI				
1	Attività di assistenza alla pubblicazione	La PO, con la collaborazione dei REF, supporta i RESP e i DIR nelle fasi di individuazione/elaborazione, trasmissione, pubblicazione obbligatoria dei dati, documenti e informazioni da inserire nella sezione del sito aziendale denominata "Amministrazione Trasparente"	PO Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione	D.Lgs. 33/2013 PNA PTPCT Normativa di settore	Nessuno																				
2	Invio ai Dipartimenti/Strutture della richiesta degli esiti del monitoraggio di primo livello sulla pubblicazione	Sulla base della normativa in materia di "Trasparenza" il RPCT e la PO hanno approntato una griglia per il monitoraggio degli obblighi di pubblicazione. La griglia che riporta gli obblighi di ciascun Dipartimento/Struttura viene inviata, almeno semestralmente, ai rispettivi Direttori e/o Responsabili e Referenti che la compilano, indicando per ciascun obbligo lo stato di pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti, secondo i criteri di completezza, aggiornamento ed apertura del formato, nonché secondo le tempistiche previste dalla normativa.	RPCT PO Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione	D.Lgs. 33/2013 PNA PTPCT Normativa di settore	Nessuno																				
3	Monitoraggio e controllo di secondo livello	La PO riceve le risposte inviate dai diversi Dipartimenti/Strutture ed effettua il monitoraggio e controllo di secondo livello sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate sulla pagina internet "Amministrazione Trasparente", acquisendo, se necessario, dai DIR documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite audit.	PO Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione	D.Lgs. 33/2013 PNA PTPCT Normativa di settore	Omesso monitoraggio/controllo di secondo livello	Confitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale																	
4	Comunicazioni sull'esito del monitoraggio	La PO, invia un report ai Direttori/Responsabili, ai Referenti coinvolti nel processo di pubblicazione, al RPCT e alla Direzione Amministrativa, nel quale sono riassunti i risultati dell'attività di monitoraggio e controllo di secondo livello richiedendo la risoluzione delle non conformità rilevate.	PO Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione	D.Lgs. 33/2013 PNA PTPCT Normativa di settore	Mancata comunicazione delle non conformità rilevate	Confitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale																	
5	Segnalazione di inadempienze	In relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, alla Direzione Aziendale, all'OIV, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari e ad ANAC.	RPCT	D.Lgs. 33/2013 PNA PTPCT Normativa di settore	Mancata segnalazione di gravi non conformità rilevate	Confitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale																	

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Dati generali

Nome del processo:	Gestione del rischio corruzione
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	DIRAMM007
DIR:	Lorenzo Pescini
Struttura del DIR:	Direzione Amministrativa
RESP:	Lucia Carlini
Struttura del RESP:	SOS Anticorruzione e Trasparenza
Data di aggiornamento:	24/02/2022

Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice (RESP) Direttore di Staff o di Dipartimento (DIR) Referenti per la Trasparenza (REF)	Bozze schede di analisi dei processi approvate dai DIR	Il processo si occupa della gestione del rischio di corruzione attraverso l'analisi dei processi aziendali, l'individuazione delle misure di prevenzione/mitigazione del rischio, la definizione della tempistica per la loro attuazione e il monitoraggio delle stesse.	Catalogo dei processi allegato al PTPCT	Chiunque

ANALISI DEL PROCESSO															DIRAMM007 - Gestione del rischio corruzione - 24/02/2022									
Descrizione delle attività					Valutazione dei rischi					Trattamento del rischio														
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza				
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT					CI			
1	Recepimento dell'elenco dei processi	Il RPCT riceve dal DIR e dai RESP l'elenco di tutti i processi che si svolgono all'interno delle strutture di competenza. Il RPCT in collaborazione con RESP e REF individua i processi da analizzare in via prioritaria in base alle indicazioni di ANAC.	RPCT Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice (RESP) Referenti per la Trasparenza (REF) Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PTPCT																				
2	Inoltro del modello di scheda di analisi del processo a RESP e REF	Il Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza inoltra ai RESP e ai REF l'apposita scheda per l'analisi dei processi che dovranno compilare descrivendo le fasi di ciascun processo, la valutazione dei rischi di corruzione e le misure di prevenzione da mettere in atto. La compilazione avviene in collaborazione con il RPCT e il Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza.	RPCT RESP REF Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PTPCT																				
3	Recepimento della scheda di analisi compilata	Il RPCT riceve la scheda approvata dal RESP e dal DIR, e può decidere di pubblicarla sul sito Amministrazione Trasparente allo scopo di raccogliere le eventuali osservazioni da parte dei soggetti interessati. Successivamente la esamina, anche alla luce delle eventuali osservazioni pervenute, e la approva oppure la reinvia al RESP con le proprie indicazioni chiedendone una revisione.	RPCT Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PTPCT	Omessa rilevazione dei rischi di corruzione e/o delle misure di prevenzione	Conflitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale																
4	Inserimento nel catalogo dei processi	Il Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza inserisce il processo analizzato e approvato nel Catalogo che sarà allegato al PTPCT.	RPCT Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PTPCT																				
5	Pubblicazione	Il personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza pubblica il Catalogo dei processi in allegato al PTPCT nel sito internet aziendale nella pagina "Amministrazione Trasparente"	Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PTPCT																				
6	Monitoraggio e controllo di secondo livello	Il RPCT, con il supporto del personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza, effettua il monitoraggio di secondo livello, con cadenza almeno semestrale, sull'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione specifiche previste nell'analisi dei processi. Allo scopo, richiede ai RESP e ai REF di relazionare sullo stato di attuazione delle misure, attraverso la compilazione dei campi dell'apposita scheda di rilevazione, e di fornire l'eventuale documentazione di supporto. Nel caso di non conformità, richiede la motivazione della mancata realizzazione ed eventualmente accorda una proroga dei tempi di attuazione.	RPCT Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	PNA, Linee guida ANAC PTPCT	Omesso monitoraggio/controllo di secondo livello	Conflitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale																
7	Controllo di secondo livello	Il RPCT, con il supporto del personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza, effettua il controllo a campione di secondo livello sull'attuazione e sull'adeguatezza delle misure di prevenzione specifiche, acquisendo dai RESP e dai REF documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite audit. La priorità è data ai processi/attività con maggior livello di esposizione al rischio, non controllati di recente o per i quali siano pervenute delle segnalazioni di fatti corruttivi.	RPCT Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	PNA, Linee guida ANAC PTPCT																				

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali
Area di rischio:	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	FARMA0002
DIR:	Teresa Brocca
Struttura del DIR:	Dipartimento del Farmaco
RESP:	Teresa Brocca
Struttura del RESP:	SOS Farmaceutica convenzionata
Data di aggiornamento:	09/02/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali e i gestori incaricati dei dispensari farmaceutici	Istanza in bollo dell'interessato	Entro il 31 marzo di ogni anno pari i titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali e i gestori incaricati dei dispensari farmaceutici presentano le domande per il riconoscimento del diritto all'indennità di residenza. L'Azienda delibera il riconoscimento del diritto dei suddetti soggetti all'indennità nella misura determinata secondo i criteri previsti dalla normativa ed invia il provvedimento ai Comuni interessati	Delibera del Direttore Generale con la quale vengono individuati gli aventi diritto all'indennità di residenza nonché l'entità della relativa quota annuale a carico dei Comuni e del SSN	Comuni e titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali e i gestori incaricati dei dispensari farmaceutici

2 – ANALISI DEL PROCESSO																				
FARMA0002 - Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali - 09/02/2022																				
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio										
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT				
1	Ricezione delle domande	I Titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali e gestori incaricati dei dispensari farmaceutici presentano la richiesta in bollo del riconoscimento del diritto all'indennità di residenza entro il 31 marzo degli anni pari mediante PEC o per Raccomandata con AR o consegna diretta brevi manu. L'amministrativo afferente alla SAF protocolla la richiesta e la trascrive su un registro interno. Dovrà allegare alla domanda opportuna dichiarazione rilasciata dal Comune e attestante la consistenza numerica della popolazione afferente al centro abitato o agglomerato rurale in cui è situata la Farmacia. Inoltre procede al controllo della corretta compilazione della richiesta (verifica protocollo, bollo, sottoscrizione dell'avente diritto)	Personale amministrativo afferente alla SOS - Servizi amministrativi per la farmaceutica (SAF)	R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, L. 221_68, Legge 40/1973, L.R. 16/2000, e successive modificazioni e integrazioni	Nessuno															
2	Richiesta informazioni ai Comuni	A campione, il farmacista della SOS convenzionata, potrà richiedere a qualche Comune l'attestazione dei dati sulla popolazione residente nel centro abitato in cui è ubicata la farmacia interessata.	Farmacista della SOS Farmaceutica convenzionata	R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, L. 221_68, Legge 40/1973, L.R. 16/2000, e successive modificazioni e integrazioni	Nessuno															
3	Esame delle istanze	Il farmacista sulla base dei dati pervenuti valuta il possesso del requisito relativo alla popolazione ai fini del riconoscimento dell'indennità. Una volta ricevute le istanze e analizzate nei formalismi, la SAF potrà predisporre nota da inviare a qualche Comune, a campione, per chiedere il n° degli abitanti e la reale situazione logistica della farmacia (presenza di nuovi insediamenti urbani intorno alla farmacia).	Farmacista della SOS Farmaceutica convenzionata Personale amministrativo afferente alla SAF	R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, L. 221_68, Legge 40/1973, L.R. 16/2000, e successive modificazioni e integrazioni	Esiste la possibilità che venga attribuito un vantaggio economico ad un soggetto non avente diritto	Conflicto di interesse	Medio	Il rischio risulta medio perché è moderata la probabilità di accadimento dovuta ai conflitti di interessi ed è moderato l'impatto economico/reputazionale.	Rilascio da parte di tutti i farmacisti coinvolti, della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D. lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi.							X	N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° farmacisti	100%	RESP	31/12 di ogni anno
4	Predisposizione delibera del Direttore Generale ai fini del riconoscimento dell'indennizzo agli aventi diritto	Il personale amministrativo afferente alla SAF sulla base degli esiti della valutazione effettuata dal personale farmacista propone al Direttore Generale l'adozione del provvedimento di riconoscimento del diritto all'indennità di residenza e relativo importo	Personale amministrativo afferente alla SAF	R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, L. 221_68, Legge 40/1973, L.R. 16/2000, e successive modificazioni e integrazioni	Nessuno															
5	Trasmissione atto deliberativo ai Comuni e liquidazione indennità a carico del SSN	Notifica ai Comuni e alle farmacie interessate della delibera del Direttore Generale ai fini della liquidazione della quota parte di spettanza dell'Ente Locale e conseguente liquidazione dell'importo dovuto a carico del SSN da parte dell'azienda sanitaria.	Personale amministrativo afferente alla SAF	R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, L. 221_68, Legge 40/1973, L.R. 16/2000, e successive modificazioni e integrazioni	Nessuno															

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie
Area di rischio:	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
Processi connessi:	
Codice:	FARMAC003
DIR:	Teresa Brocca
Struttura del DIR:	Dipartimento del Farmaco
RESP:	Cristina Ceccarelli
Struttura del RESP:	SOS Vigilanza alle farmacie
Data di aggiornamento:	08/02/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Generale Comuni Autorità Giudiziaria ASL NAS Regione Toscana	Obiettivi di struttura Normativa vigente Richiesta pareri da parte dell'Autorità Sanitaria Locale (Sindaco) Parere igienico sanitario Segnalazioni	Effettuazione ispezioni ordinarie, preventive e straordinarie a Farmacie convenzionate pubbliche e private; Depositi di medicinali e gas terapeutici; Esercizi commerciali che vendono farmaci al pubblico (Parafarmacie)	Verbale contestuale Verbale sanzionatorio Segnalazione ad altri Enti Pareri	Farmacie convenzionate pubbliche e private Depositi di medicinali e gas terapeutici Esercizi commerciali che vendono farmaci al pubblico (Parafarmacie) Comuni Autorità Giudiziaria ASL NAS

2 - ANALISI DEL PROCESSO																							
FARMAC03 - Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie - 08/02/2022																							
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio													
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza			
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI						
1	Programmazione di struttura	Il Direttore di struttura definisce il numero di controlli che ogni commissione di zona deve effettuare nel semestre di riferimento, sulla base degli obiettivi Aziendali e della normativa vigente. Controlli programmati su farmacie e depositi: Il Presidente della commissione di zona redige il programma semestrale di dettaglio dei controlli e lo invia al Direttore di struttura. Le farmacie da sottoporre a controllo sono individuate tenendo conto della temporalità dei controlli già effettuati o di eventuali segnalazioni/esposti. Ispezioni preventive: Il Presidente della commissione di zona programma i controlli in base all'ordine cronologico con cui sono pervenute le richieste di parere dai Comuni. Controlli su segnalazione: Il Presidente della commissione di zona programma i controlli in base all'ordine cronologico con cui sono pervenute le segnalazioni. Controlli su parafarmacie: il controllo è effettuato solo in casi di necessità (es. segnalazione o richiesta di parere igienico sanitario da parte del Comune) per carenza di risorse. Tutte le ispezioni sono riportate su un registro informatico (tabelle xls) previsto per ogni ambito territoriale. Ai registri hanno accesso il Direttore di struttura, i farmacisti presidenti delle Commissioni di zona e gli amministrativi che possono verificare il rispetto dei criteri nella "scelta" degli esercizi ispezionati. Le visite ispettive vengono effettuate compatibilmente con la dotazione del personale, del tempo necessario ad espletare le verifiche ispettive e della numerosità degli esercizi.	Direttore di struttura SOS Vigilanza alle farmacie	Legge RT 16/2000	Nessuno																		
2	Programmazione operativa	Presidenti delle commissioni di zona - considerata la vastità del territorio ASL TC e la numerosità delle farmacie/depositi/parafarmaci e da verificare la ASL è stata divisa in zone di pertinenza di farmacisti afferenti alla SOC Farmaceutica Territoriale esperti in materia che coadiuvano il direttore della SOS Vigilanza alle farmacie e sono di volta in volta delegati per la Presidenza delle Commissioni		Legge RT 16/2000	Il Presidente e i componenti delle commissioni possono favorire o sfavorire uno dei soggetti controllati falsando gli esiti del controllo. Per le farmacie, la problematica è mitigata dalla presenza di 5 differenti membri della commissione di cui 1 rappresentante delle Ass. di categoria e 1 rappresentante dell'Ordine. Il processo di verifica è codificato attraverso il verbale redatto da RT.	Conflicto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché esiste un moderato rischio di conflitti di interessi e la presenza di moderati interessi economici mitigati da una decisione collegiale	I Presidenti delle commissioni devono rilasciare annualmente al Direttore di struttura una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.									X	N° dichiarazioni rese nell'anno / N° di Presidenti delle commissioni	100%	RESP	Annuale al 31/12	
3	Istruttoria	L'amministrativo, afferente alla SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica, controlla nell'archivio farmacie, la documentazione presente agli atti della Farmacia oggetto della successiva ispezione. Riporta sul verbale i riferimenti ricavati da detta documentazione (es. autorizzazione all'esercizio, ragione sociale etc.) Evidenzia al Presidente eventuali annotazioni riportate nel precedente verbale di ispezione, che saranno oggetto di controllo più accurato durante l'ispezione. Racoglie la documentazione necessaria per l'ispezione (es. planimetria locali, organico personale, autorizzazione autodiagnostica).	Amministrativo afferente alla SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica, con supervisione del Presidente di Commissione di zona	Documentazione presente agli atti: autorizzazione, planimetria, parere igienico sanitario, esiti di passate ispezioni	Nessuno																		
4	Esecuzione del controllo	Svolgimento dell'ispezione a Farmacie, depositi di medicinali e parafarmacie. Al termine dell'ispezione viene redatto apposito verbale sottoscritto da tutti i membri della Commissione. Il verbale farmacie è redatto su modello Regione Toscana (DGR 1008/2021). Per depositi e parafarmacie è in uso un modello standard di AUSL TC redatto seguendo la normativa	Commissione di zona definita da delibera ASL n. 620 del 29/04/2021	Verbale farmacie modello Regione Toscana (DGR 1008/2021). Per depositi e parafarmacie è in uso un modello standard di AUSL TC redatto seguendo la normativa	Il Presidente e i componenti delle commissioni possono favorire o sfavorire uno dei soggetti controllati falsando gli esiti del controllo. Per le farmacie, la problematica è mitigata dalla presenza di 5 differenti membri della commissione di cui 1 rappresentante delle Associazioni di categoria e 1 rappresentante dell'Ordine. Il processo di verifica è codificato attraverso il verbale redatto da RT.	Conflicto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché esiste un moderato rischio di conflitti di interessi e la presenza di moderati interessi economici mitigati da una decisione collegiale	I componenti delle commissioni rilasciano annualmente al Direttore di struttura una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi									X	N° dichiarazioni rese nell'anno / N° di membri delle commissioni	100%	RESP	Annuale al 31/12	
5	Eventuale attivazione del procedimento sanzionatorio	Le eventuali violazioni rilevate durante l'ispezione diventano oggetto di un successivo verbale di contestazione e sanzionatorio che deve essere redatto entro il termine di 90 giorni. Il trasgressore ha facoltà entro il termine di 30 giorni dalla notifica di pagare subito la somma ridotta oppure d'invviare scritti difensivi al Sindaco del Comune dove ha sede la farmacia. In questo secondo caso sarà il Sindaco stesso a decidere come procedere per la sanzione (estinzione, conferma o aumento importo ecc.).	Amministrativo afferente alla SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica, e Presidente della Commissione di zona	Articolo n. 16 e 18 della legge 689/81. Articolo n. 8 e 10 della legge R.T. n. 84/2000.	Nessuno																		
6	Registrazione dell'attività.	In ciascuna zona vengono registrate le ispezioni effettuate, tramite registro XLS I verbali sanzionatori sono numerati con numerazione progressiva annuale. La loro redazione è centralizzata per tutta la USL Toscana Centro al Servizio Farmaceutico Territoriale di S. Salvi a cura dell'amministrativo della Commissione.	Amministrativo afferente alla SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica	Nessuno	Nessuno																		

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione (Percorso 3 DGRT 595/05)
Area di rischio:	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	MEDFIS001
DIR:	Bruna Lombardi
Struttura del DIR:	Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa
RESP:	Bruna Lombardi
Struttura del RESP:	Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa
Data di aggiornamento:	12/10/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
<ul style="list-style-type: none"> - CUP - Specialisti dei reparti ospedalieri aziendali - Agenzia Continuità Ospedale Territorio / Centro di Dimissioni Complesse Aziendale (ACOT/CDCA) - Specialisti di struttura privata accreditata - Strutture accreditate 	<ul style="list-style-type: none"> - CUP I Livello a cui si rivolge direttamente il cittadino con richiesta del MMG o di Medico Specialista del SSN - Richieste di consulenza interne in ospedale per acuti - Segnalazione dell'ACOT/CDCA - Richiesta di visita autorizzativa richiesta al CUP sulla base di un P.R.I proposto da uno specialista di struttura privata accreditata - Elenco dei pazienti trattati e in trattamento presso strutture accreditate 	<p>Assicurare la presa in carico riabilitativa nelle condizioni di disabilità di tipo globale o segmentario, che necessitano, per la complessità del quadro clinico, di programmi di intervento all'interno di un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I) , con l'obiettivo di contenere la disabilità o di favorirne la gestione degli esiti. Sono esclusi da presente processo i minori con disabilità neuropsichica che afferiscono a UFSMIA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Schede di esito monitoraggi -Progetti riabilitativi compilati dai fisiatristi aziendali -Progetti riabilitativi autorizzati dai fisiatristi aziendali 	<ul style="list-style-type: none"> - Direttore del dipartimento - Cittadino

2 - ANALISI DEL PROCESSO																							
MEDFIS001 - Percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione (Percorso 3 DGRT 595/05) - 12/10/2021																							
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio													
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza			
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI						
1	Composizione dell'agenda giornaliera visite	1) Per le visite ambulatoriali (autorizzative e fisiatriche) il personale dell'accettazione apre l'agenda CUP e prepara le cartelle cartacee. In alcune sedi è già attiva la cartella informatizzata ARGOS. Tutte le visite sono registrate su agenda CUP (Visite priorità B, Visite priorità D, agende a prenotazione riservata); A livello aziendale è stata adottata un'agenda unificata CUP 2.0 per Prato, Pistoia, Empoli e a breve, anche per Firenze. Tale agenda prevede la prenotazione delle visite per zona Distretto (per ottimizzare la presa in carico dei pazienti) con "sblocco" a 5gg e possibilità di prenotazione anche in altre zone distretto se disponibili. 2) Per i pazienti ricoverati il medico apre il programma Argos e stampa la lista delle richieste di consulenza interne in ordine cronologico; 3) Il medico consulta le richieste pervenute da ACOT tramite mail.	Personale dell'accettazione Medico Fisiatra	DGRT 595/05 Criteri di priorità IO.DSTS.01 Criteri di priorità per priorità B e D condivise con il Dipartimento di Medicina Generale																			
2	Visita medica	Il Medico Fisiatra visita il paziente e formula, modifica o conferma un progetto riabilitativo individuale (PRI) nel quale, tra l'altro, indica le priorità di presa in carico secondo i tempi previsti dalla procedura aziendale. Il PRI può prevedere che il paziente svolga un ciclo di interventi fisioterapici presso una struttura pubblica o privata accreditata. Il medico prescrive e consegna ai pazienti brochure con indicazioni di tutte le strutture pubbliche e private accreditate a cui può rivolgersi il paziente. Tutti i medici afferenti al Dipartimento della Riabilitazione compilano annualmente la dichiarazione di presenza/assenza di conflitto di interessi con le strutture private accreditate.	Medico del Dipartimento della Riabilitazione	DGRT 595/05 Procedura P.A.DSTS.01 standard di servizio riabilitazione territoriale Istruzione Operativa gestione liste d'attesa fisioterapia territoriale e criteri di priorità IO.DSTS.01 Delibera ACOT	Contravvenendo alle indicazioni del Direttore il prescrittore può consigliare una struttura con cui ha conflitti non dichiarati e non consegnare il materiale informativo previsto	Presenza di conflitti di interesse non dichiarati del medico che portano ad indirizzare il paziente ad una struttura favorendola a discapito di altre	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità che l'evento si verifichi è fortemente ridotta dall'obbligo di rilascio di dichiarazioni di conflitto di interessi e anche l'impatto è stato valutato basso.	Il medico deve rilasciare, all'inizio dell'anno, una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi che riguarda tutte le strutture accreditate/private.									X	N° di dichiarazioni rilasciate per anno / N° di soggetti tenuti al rilascio della dichiarazione annuale	100%	DIR	Annuale al 31/12	
3	Verifica periodica PRI ambulatoriale	I pazienti presi in carico dai servizi ambulatoriali Aziendali eroganti prestazioni B 2.1 (P3) seguono il progetto riabilitativo individuale che viene rivalutato in fase intermedia dal Team di cura per la ridefinizione e modulazione degli obiettivi che si rendono necessari.	Team di cura: Medico Fisiatra, Fisioterapista, Logopedista e altre figure necessarie per il PRI	DGRT 595/05 PNLG 6/2008 rev 1 2011 e rev 2 2015																			
4	Monitoraggio periodico sulle strutture private accreditate eroganti prestazioni riabilitative ambulatoriali	Il Medico Fisiatra e un Fisioterapista effettuano un monitoraggio semestrale sulle cartelle cliniche dei pazienti trattati e in trattamento presso tutte le strutture convenzionate accreditate. Vengono controllate a campione il 5% delle cartelle/anno per struttura (numero variabile in base ai ricoveri) Le cartelle vengono consegnate dalla struttura su precisa indicazione del Direttore per ottimizzare la randomizzazione del controllo. Il Medico ed il Fisioterapista non appartengono alla zona controllata per garantire l'assenza di conflitti di interesse.	Medico Fisiatra e un PO Fisioterapista	PSD RIAB 7/2018	Esiste il rischio di conflitto di interessi tra medici/fisioterapisti e strutture controllate	Presenza di conflitti di interesse non dichiarati del medico/fisioterapista	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché esistono potenziali rilevanti interessi economici e probabili conflitti di interessi ma ogni figura che opera il controllo (medico e fisioterapista) compila annualmente un'autodichiarazione in cui attesta assenza di conflitto di interessi che viene controllata dal Direttore di Dipartimento.	L'individuazione delle cartelle cliniche da controllare continua a non essere demandata alla struttura interessata, ma viene stabilita, con il sistema di sorteggio, da un elenco predisposto prima del controllo della struttura stessa che conterrà l'indicazione del campione tra tutte le cartelle dei pazienti trattati nel semestre precedente								X	N° di dichiarazioni rilasciate per anno / N° di soggetti tenuti al rilascio della dichiarazione annuale	100%	DIR	Annuale al 31/12		
											X								N° di cartelle da controllare all'anno per struttura	5%	DIR	Annuale al 31/12	
5	Dimissione	Tutto il Team di cura, per gli aspetti di competenza, redige una lettera di dimissione integrata. Ove necessario, ad integrazione della lettera di dimissione fisioterapica, redige la lettera di dimissione o il documento di handover per il MMG o lo specialista inviante	Team di cura: Medico Fisiatra, Fisioterapista, Logopedista e altre figure necessarie per il PRI	DGRT 595/05 PNDRIA 2011 legge 833/78 PNLG 6/2008 rev 1 2011 e rev 2 2015 LR 51/09																			

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Percorso assistenziale di riabilitazione con individuazione del setting di ricovero riabilitativo residenziale o semiresidenziale
Area di rischio:	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	MEDFIS002
DIR:	Bruna Lombardi
Struttura del DIR:	Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa
RESP:	Bruna Lombardi
Struttura del RESP:	Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa
Data di aggiornamento:	12/10/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
<ul style="list-style-type: none"> - CUP - Strutture Ospedaliere di ricovero per acuti; - Strutture Universitarie di Ricovero per acuti; - Strutture di Riabilitazione Intensiva; - Case di Cura Private Accreditate (setting di ricovero per acuti) 	<ul style="list-style-type: none"> - CUP I Livello a cui si rivolge direttamente il cittadino con richiesta del MMG o di Medico Specialista del SSN - Richieste di consulenza interne in ospedale pubblici aziendali o universitari per acuti - Segnalazione della ACOT/CDCA - Richiesta di visita autorizzativa richiesta al CUP sulla base di un PRI proposto da uno specialista di struttura privata accreditata convenzionata 	<p>Assicurare la presa in carico riabilitativa in pazienti ricoverati in setting per acuti o in condizioni di disabilità in fase territoriale che necessitano di programmi di intervento all'interno di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) per la complessità del quadro clinico, con l'obiettivo di contenere la disabilità o favorirne la gestione degli esiti mediante ricovero riabilitativo residenziale o semiresidenziale. Sono esclusi da presente processo i minori con disabilità neuropsichica che afferiscono a UFSMIA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Schede di esito monitoraggi -SDO reparti cod 56 -Lettera di dimissione 	<ul style="list-style-type: none"> - Direttore del dipartimento - Cittadino

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
MEDFIS002 - Percorso assistenziale di riabilitazione con individuazione del setting di ricovero riabilitativo residenziale o semiresidenziale - 12/10/2021																					
2.1 - Descrizione delle attività						2.2 – Valutazione dei rischi				2.3 – Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Segnalazione diretta da un reparto per acuti o da ACOT Zonale o richiesta di visita Riabilitativa territoriale per autorizzazione ricovero	1) Per i pazienti con presa in carico dal territorio: le visite ambulatoriali (autorizzative e fisiatriche) sono gestite dal personale dell'accettazione che apre l'agenda CUP (agende riservate) e prepara le cartelle cartacee (in implementazione adozione cartella informatizzata su tutte le sedi ambulatoriali); 2) Per i pazienti ricoverati il medico apre il programma Argos e stampa la lista delle richieste di consulenza interne in ordine cronologico; 3) Il medico consulta le richieste pervenute da ACOT tramite mail.	Personale dell'accettazione Medico Fisiatra	DGRT 679/16 DGRT 677/12 Criteri di priorità per priorità B e D condivise con il Dipartimento di Medicina Generale Delibera ACOT																	
2	Visita medica	Il Medico Fisiatra visita il paziente presso il reparto per acuti e formula un progetto riabilitativo individuale (PRI) ed invia il paziente al setting appropriato (struttura residenziale), in continuità diretta in almeno il 95% dei casi. Il Medico Fisiatra visita il paziente presso gli ambulatori territoriali e avvallo, modifica o formula un progetto riabilitativo individuale (PRI) nel quale, tra l'altro, indica le priorità di presa in carico secondo i tempi previsti dalla procedura aziendale. In entrambi i casi il percorso riabilitativo individuato con PRI il può prevedere che il paziente svolga il processo presso una struttura pubblica o privata accreditata. In caso di invio in strutture pubbliche dispone direttamente le modalità di presa in carico, in caso di invio tramite ACOT/CDCA Firenze il medico non è a conoscenza della struttura privata convenzionata che accoglierà il paziente. La pratica è gestita dal CDCA Firenze.	Medico Fisiatra	Art. 44, c.2, DPCM 12/01/17 (LEA) DGRT 679/16 DGRT 677/12 Criteri di priorità per priorità B e D condivise con il Dipartimento di Medicina Generale Delibera ACOT	L'assenza di coinvolgimento del medico valutante nella scelta del setting di ricovero (scelta indirizzata dal CDC Firenze sulla base della disponibilità) riduce al massimo i rischi di corruzione.	Conflitto di interessi tra medici e strutture di ricovero non dichiarato.	Basso														
3	Monitoraggio periodico sulle strutture private accreditate eroganti prestazioni riabilitative residenziali e semiresidenziali	Il Medico Fisiatra e un Fisioterapista effettuano un monitoraggio semestrale sulle cartelle cliniche dei pazienti trattati e in trattamento presso TUTTE le strutture convenzionate accreditate. Vengono controllate a campione il 5% delle cartelle l'anno per struttura. Le cartelle vengono consegnate dalla struttura. Il Medico ed il Fisioterapista non appartengono alla zona controllata per garantire l'assenza di conflitti di interesse.	Medico Fisiatra e un PO Fisioterapista	PSD RIAB 7/2018	Esiste il rischio di conflitto di interessi tra medico/fisioterapista e strutture controllate	Presenza di conflitti di interesse non dichiarati del medico/fisioterapista	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché potrebbero esistere interessi economici e probabili conflitti di interessi ma esiste un documento ufficiale da compilare in cui è esplicitamente richiesta la presenza o meno di conflitto di interessi che permette di escludere dal monitoraggio chi ha potenziali conflitti.	Il medico ed il fisioterapista devono rilasciare, all'inizio dell'anno, una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi che riguarda tutte le strutture accreditate anche quelle al di fuori della zona di intervento							X	N° di dichiarazioni rilasciate per anno / N° di soggetti tenuti al rilascio della dichiarazione annuale	100%	DIR	Annuale al 31/12	
4	Monitoraggio periodico sulle strutture pubbliche di ricovero eroganti prestazioni riabilitative	Settimanalmente il Team del reparto di riabilitazione pubblica rivede i progetti riabilitativi dei pazienti in degenza e ne aggiorna gli obiettivi secondo le necessità tramite anche scale di valutazione prestabile e validate. Mensilmente, la Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero (DSPO) estrae un campione delle cartelle pari al 10% dei ricoveri. La metà viene analizzata dal reparto e l'altra metà direttamente dalla DSPO in base ad una check-list regionale.	Medico Fisiatra Team di cura: Medico, Fisioterapista, Logopedista e altre figure necessarie per il PRI Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero	Legge Regionale Toscana 51/09 (Accreditamento)																	
5	Dimissione	Tutto il Team di cura, per gli aspetti di competenza, redige una lettera di dimissione integrata.	Team di cura: Medico, Fisioterapista, Logopedista e altre figure necessarie per il PRI	PINDRIA 2011 Legge 833/78 PNLG 6/2008 rev 1 2011 e rev 2 2015 LR 51/09																	

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili)
Area di rischio:	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
Processi connessi:	
Codice:	PREVEN002
DIR:	Berti Renzo
Struttura del DIR:	Dipartimento della Prevenzione
RESP:	Luigi Mauro
Struttura del RESP:	Area Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)
Data di aggiornamento:	14/03/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Autorità giudiziaria, enti sovraordinati (Ministeri, Regione), ARPAT, enti locali, lavoratori, medici competenti, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, altre strutture del Dipartimento della Prevenzione, organizzazioni sindacali, privati cittadini, forze di polizia.	Programmazione regionale/nazionale, criteri di priorità (eventi sentinella e/o valutazioni epidemiologiche; metodo regionale INDEDI solo per cantieri), programmazione di Area Funzionale, esposti e segnalazioni, controllo “a vista” (per norma regionale: solo per cantieri), deleghe autorità giudiziaria ai sensi cpp	Le strutture organizzative dell'Area Funzionale PISLL, in quanto organo di vigilanza ai sensi del D.Lgs.81/08 e del D.Lgs.758/94, svolgono le funzioni di vigilanza sull'ottemperanza alla normativa in materia di igiene e sicurezza del lavoro. La programmazione viene formalizzata attraverso il Piano Operativo di Attività (POA – cod. VAR.APISLL 01), redatto a livello di Area e declinato per ogni UFC.	Verbale e/o rapporto conclusivo del controllo Fogli di prescrizioni Comunicazioni di notizia di reato Registrazione degli esiti sull'applicativo informatico ed eventuali atti sanzionatori Eventuali comunicazioni obbligatorie ad altri Enti	Autorità giudiziaria, Regione, lavoratori, datori di lavoro, dirigenti, preposti, consulenti, responsabili del servizio prevenzione e protezione, fabbricanti, progettisti, coordinatori, contravventori, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, organizzazioni sindacali, organizzazioni di parte datoriale, cittadini

2 – ANALISI DEL PROCESSO																							
PREVEN002 – Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili) - 14/03/2022																							
2.1 – Descrizione delle attività				2.2 – Valutazione dei rischi					2.3 – Trattamento del rischio														
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura						Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza				
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI						
1	Programmazione di Area Funzionale	Programmazione dei controlli da parte del Direttore dell'Area Funzionale in collaborazione con il Direttore dell'Area Funzionale in base alla valutazione dei diversi input (LEA, PSSR, piani regionale della prevenzione, atti regionali, disposizioni aziendali), criteri di priorità (anche a livello locale: settori particolarmente rilevanti o caratterizzati da elevati indici infortunistici o di rischi per tecnologie), frequenza esposti. Direttive Procure FI/PI/PT/PO Procedura Specifica del Dipartimento della Prevenzione PS-DPREV 02 "Gestione della programmazione ed erogazione del servizio" Procedure tecniche specifiche (PTS): PST-APISLL01 Controllo Unità locali PST-APISLL02 Controllo cantiere edile PST-APISLL03 Ricorso avverso il giudizio di idoneità del medico competente PST-APISLL04 Inchiesta malattia professionale PST-APISLL05 Controllo cave PST-APISLL06 Rilascio pareri uso esplosivi PST-APISLL07 Controllo piani amianto PST-APISLL08 Inchiesta infortuni PST-APISLL10 Controllo bonifica amianto	Direttore dell'Area Funzionale in collaborazione con il Direttore dell'Area Funzionale		Nessuno																		
2	Programmazione di Unità Funzionale Complessa (UFC)	Programmazione operativa dei controlli di unità locali e cantieri sulla base della Programmazione dell'Area Funzionale (POA), considerando anche esposti/segnalazioni e attività delegate dall'Autorità Giudiziaria. La programmazione è effettuata dal Responsabile della Unità Funzionale (RUF) o suo delegato. Vengono anche individuati, per ogni tipologia di controllo, i criteri di selezione (per priorità e/o a campione da banche dati: es. CCIAA banca dati Telemaco – Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura – CCAIA). E la fase in cui vengono individuati i singoli soggetti da sottoporre a controllo.	RUF o suo delegato (anche più di uno, a seconda della tipologia di controlli), la figura del delegato è in genere una posizione organizzativa (PO).	«Vedi criteri di programmazione stabiliti dal POA. IO-APISLL01 rev.0 del 28.11.19 "Gestione pratiche SISP/C", stabilisce le modalità di assegnazione agli operatori tramite l'applicativo regionale SISP/C. Esiti di precedenti controlli, ove previsto dai criteri stabiliti. Vedi anche PTS di cui ai punti precedenti	Possibili conflitti di interessi tra il soggetto che individua il soggetto da controllare ed i soggetti da controllare	Possibile conflitto di interessi Possibile carenza di standard di comportamento adeguati	Medio	Il livello di rischio è stato valutato alto perché è basata la probabilità di accadimento e alto l'impatto soprattutto di tipo reputazionale	Il RUF e suo delegato devono rilasciare annualmente al DIR una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata, con le modalità previste dall'apposita procedura aziendale approvata con Delibera 195/2019. Le dichiarazioni di impegno, rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT, dovranno essere raccolte e gettate in forma dematerializzata su un'apposita piattaforma informatica. In attesa della procedura informatica, le dichiarazioni potranno essere raccolte in forma cartacea.				X					X	Rilascio da parte del RUF e suo delegato delle dichiarazioni di impegno (SI/NO)	SI	RESP	31/12	Annuale entro il 31/12
3	Programmazione operativa di assegnazione delle pratiche agli operatori di vigilanza	Assegnazione delle pratiche agli operatori attraverso la pianificazione operativa da parte della competente UFC ovvero sulla base dell'assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura o suo delegato tramite applicativo informatico. Agli operatori del comparto l'assegnazione può essere effettuata dal coordinatore o dal responsabile di PO dei Tecnici della Prevenzione. Per i medici e gli ingegneri l'assegnazione è decisa con modalità diversificate da parte di un referente o direttamente dal RUF. L'istruzione Operativa IO-APISLL01 Gestione Pratiche SISP/C definisce le modalità di assegnazione delle pratiche agli operatori con particolare attenzione al conflitto di interessi, le modalità di controllo (almeno due operatori salvo giustificate eccezioni, criterio della rotazione, ove possibile, etc.).	RUF o suo delegato	POA UFC Funzionigramma di UFC in DOC-APISLL06 rev. 5 del 3.1.21 IO-APISLL01 Gestione Pratiche SISP/C	Possibili conflitti di interessi tra il soggetto assegnatario del controllo e i soggetti controllato	Possibile conflitto di interessi Possibile carenza di standard di comportamento adeguati	Medio	Il livello di rischio è stato valutato ALTO perché è BASSA la probabilità di accadimento e ALTO l'impatto, soprattutto di tipo reputazionale	Ogni operatore deve rilasciare annualmente al proprio RESP una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata, con le modalità previste dall'apposita procedura aziendale approvata con Delibera 195/2019. Le dichiarazioni di impegno, rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT, dovranno essere raccolte e gettate in forma dematerializzata su un'apposita piattaforma informatica. In attesa della procedura informatica, le dichiarazioni potranno essere raccolte in forma cartacea.				X				X	N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori incaricati delle attività di vigilanza	100%	RESP	31/12	Annuale entro il 31/12	
4	Fase istruttoria	Fase istruttoria in cui l'operatore incaricato consulta e valuta la documentazione presente in archivio relativa all'impresa o ente da sottoporre a controllo e prepara la documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività	Operatori incaricati del controllo	Leggi, Regolamenti e Norme Tecniche applicabili a ciascun ambito di vigilanza individuato IO-APISLL001 Procedure tecniche specifiche (PTS): PST-APISLL01 Controllo Unità locali PST-APISLL02 Controllo cantiere edile PST-APISLL03 Ricorso avverso il giudizio di idoneità del medico competente PST-APISLL04 Inchiesta malattia professionale PST-APISLL05 Controllo cave PST-APISLL06 Rilascio pareri uso esplosivi PST-APISLL07 Controllo piani amianto PST-APISLL08 Inchiesta infortuni PST-APISLL10 Controllo bonifica amianto	Nessuno																		
5	Attività di controllo	Gli operatori incaricati (di norma due), di profili anche diversi, analizzano il contesto, effettuano una o più operazioni di controllo raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi. L'operatore incaricato valuta le condizioni di rischio delle imprese soggette a controllo attraverso il confronto con gli standard stabiliti dalle norme e assume le determinazioni conseguenti sempre in conformità alla normativa. Gli operatori incaricati redigono, se del caso, una relazione finale delle attività svolte e dei risultati ottenuti su specifica modulistica e attivano gli eventuali procedimenti sanzionatori, amministrativi e/o penali.	Operatori incaricati del controllo	Leggi, Regolamenti e Norme Tecniche applicabili a ciascun ambito di vigilanza individuato IO-APISLL001 Procedure tecniche specifiche (PTS): PST-APISLL01 Controllo Unità locali PST-APISLL02 Controllo cantiere edile PST-APISLL03 Ricorso avverso il giudizio di idoneità del medico competente PST-APISLL04 Inchiesta malattia professionale PST-APISLL05 Controllo cave PST-APISLL06 Rilascio pareri uso esplosivi PST-APISLL07 Controllo piani amianto PST-APISLL08 Inchiesta infortuni PST-APISLL10 Controllo bonifica amianto	Possibili conflitti di interessi tra il soggetto assegnatario del controllo e il soggetto controllato che potrebbero portare alla falsificazione degli esiti del controllo	Possibile conflitto di interessi Possibile carenza di standard di comportamento adeguati Controlli insufficienti	Medio	Il livello di rischio è stato valutato ALTO perché è BASSA la probabilità di accadimento e ALTO l'impatto, soprattutto di tipo reputazionale	Ogni operatore deve rilasciare annualmente al proprio RESP una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata, con le modalità previste dall'apposita procedura aziendale approvata con Delibera 195/2019. Le dichiarazioni di impegno, rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT, dovranno essere raccolte e gettate in forma dematerializzata su un'apposita piattaforma informatica. In attesa della procedura informatica, le dichiarazioni potranno essere raccolte in forma cartacea.			X					X	N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori incaricati delle attività di vigilanza	100%	RESP	31/12	Annuale entro il 31/12	
6	Registrazione	Registrazione su applicativo regionale SISP/C Chiusura della pratica su applicativo SISP/C	Operatori incaricati del controllo	Istruzioni applicativo SISP/C Procedure tecniche specifiche (PTS): PST-APISLL01 Controllo Unità locali PST-APISLL02 Controllo cantiere edile PST-APISLL03 Ricorso avverso il giudizio di idoneità del medico competente PST-APISLL04 Inchiesta malattia professionale PST-APISLL05 Controllo cave PST-APISLL06 Rilascio pareri uso esplosivi PST-APISLL07 Controllo piani amianto PST-APISLL08 Inchiesta infortuni PST-APISLL10 Controllo bonifica amianto	Nessuno				Applicazione della DGRG 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale, analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale				X						Numero di programmi e riesame delle attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRG 1012/2015 entro la scadenza	100% dei programmi e relazioni di riesame di attività di supervisione redatti e pubblicati in base alla DGRG 1012 e DDG 4443/2009	RESP	31/12	Annuale entro il 31/12

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Verifiche ed omologazioni di impianti, macchine ed attrezzature
Area di rischio:	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
Processi connessi:	
Codice:	PREVEN004
DIR:	Renzo Berti
Struttura del DIR:	Dipartimento della Prevenzione
RESP:	Alessandro Matteucci (Matr. 308751)
Struttura del RESP:	UFC Verifica Impianti e Macchine (VIM)
Data di aggiornamento:	11/02/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Amministrazioni condominiali, privati cittadini, strutture funzionali aziendali, datori di lavoro pubblici e privati, proprietari di impianti pubblici e privati.	<p>Affidamento in via continuativa, fino a revoca, delle verifiche periodiche degli ascensori da parte dei proprietari/amministratori di condominio.</p> <p>Richiesta di verifica straordinaria degli ascensori, a seguito di modifiche significative, oppure a seguito di un verbale negativo.</p> <p>Per le attrezzature di lavoro il processo inizia necessariamente con una richiesta, in quanto i corrispondenti controlli obbligatori sono stati da tempo liberalizzati e possono essere effettuati anche da altri soggetti.</p> <p>Per la parte rimanente dell'attività (intorno al 4 - 5 %), il processo può prendere avvio anche d'iniziativa, in quanto i corrispondenti controlli obbligatori sono affidati per Legge alle AUSL in esclusiva (Impianti di riscaldamento centralizzato; omologazione di impianti elettrici a rischio esplosione; attrezzature a pressione non utilizzate come attrezzature di lavoro).</p>	Effettuare i controlli omologativi, periodici e straordinari obbligatori per Legge su impianti, macchine ed attrezzature.	Certificati di omologazione, verbali di verifica.	Amministrazioni condominiali, privati cittadini, strutture funzionali aziendali, datori di lavoro pubblici e privati, proprietari di impianti pubblici e privati.

2 - ANALISI DEL PROCESSO																													
PREVEN004 - Verifiche ed omologazioni di impianti, macchine ed attrezzature - 11/02/2022																													
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 - Valutazione dei rischi							2.3 - Trattamento del rischio																		
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza									
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI												
1	Ricezione delle richieste/affidamenti	Le richieste di verifica pervengono attraverso gli usuali canali di comunicazione (email, PEC, una parte ormai residuale per posta ordinaria o raccomandata). Per gli impianti ascensori, nell'ambito Firenze, sono in essere affidamenti in via continuativa fino a didetta.	Segreteria della UFC	Tempestività nella protocollazione delle richieste	Nessuno																								
2	Redazione del piano di lavoro operativo annuale	Definizione della programmazione di attività da effettuare nell'anno in esame, in termini di numero di verifiche ed attività suddivise per tipologia di impianto e per caratteristiche del procedimento (attività che possono essere effettuate anche da soggetti pubblici o privati abilitati oppure attribuite per Legge in esclusiva alle AUSL); la suddetta programmazione è riportata nel Piano Operativo Annuale (POA). Le verifiche che possono essere effettuate anche da soggetti pubblici o privati abilitati sono: - impianti di protezione contro le scariche atmosferiche; - impianti di messa a terra; - impianti elettrici installati in ambienti con possibile formazione di atmosfera a rischio di esplosione; - ascensori e montacarichi; - apparecchi di sollevamento di cose e persone; - attrezzature a pressione utilizzate come attrezzature di lavoro; - impianti termici utilizzati come attrezzature di lavoro. Le attività attribuite per Legge in esclusiva alle AUSL sono: - verifiche di impianti di riscaldamento centralizzato; - attrezzature a pressione non utilizzate come attrezzatura di lavoro; - omologazione di impianti elettrici installati in ambienti con possibile formazione di atmosfera a rischio di esplosione. Tali attività possono essere effettuate di iniziativa, e non è necessaria una specifica richiesta del proprietario/responsabile dell'impianto. Gli impegni previsti sono determinati: - sulla base degli affidamenti in via continuativa in essere per gli ascensori; - sulla previsione delle richieste risultante dall'analisi dei dati storici per le attrezzature di lavoro. Gli impegni previsti sono rapportati alla capacità operativa della UFC, per garantire il rispetto delle scadenze delle verifiche. Gli impianti risultanti dalla determinazione degli impegni vengono assegnati ai tecnici verificatori della UFC, tenendo conto delle caratteristiche professionali e del tempo lavoro disponibile per le attività di verifica (alcuni operatori hanno carichi di lavoro diversi dalle verifiche impiantistiche). Ogni operatore deve rilasciare annualmente al proprio RESP una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata, con le modalità previste dall'apposita procedura aziendale approvata con Delibera 195/2019.	RESP Dirigenti coordinatori dei vari settori di attività, se individuati.	- Programmazione (POA) concordata con la Direzione del Dipartimento; - Obiettivi di Budget stabiliti dalla Direzione Aziendale. - Numero e tipologia delle richieste di verifica. - Tempo lavoro disponibile per le verifiche impiantistiche.	Assegnazione di verifiche ad operatori con potenziali conflitti d'interesse verso i soggetti destinatari dell'output del processo	Conflitto di interessi.	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio in quanto è già previsto che ogni operatore rilasci annualmente una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	Ogni operatore deve rilasciare annualmente al proprio RESP una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata, con le modalità previste dall'apposita procedura aziendale approvata con Delibera 195/2019. Le dichiarazioni di impegno, rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT, dovranno essere raccolte e gestite in forma dematerializzata su un'apposita piattaforma informatica. In attesa della procedura informatica, le dichiarazioni potranno essere raccolte in forma cartacea.									X					X	N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori incaricati delle attività di verifica	100%	RESP	Annuale entro il 31/12		
3	Pianificazione operativa dei singoli verificatori	Ogni tecnico verificatore provvede alla personale pianificazione operativa della sua attività, incrociando le proprie disponibilità con le necessità dei proprietari/responsabili degli impianti, in modo tale da portare a termine il programma a lui affidato, rispettando le scadenze delle relative verifiche.	- Tecnici verificatori	- Piano di lavoro operativo annuale - Scadenze delle verifiche degli impianti affidati	Nessuno																								
4	Effettuazione delle verifiche	Le modalità di effettuazione operativa delle attività di verifica, diverse per ogni tipologia di impianto, sono descritte in dettaglio nelle Procedure Tecniche e nelle Istruzioni Operative del Sistema di Gestione della Qualità del Dipartimento della Prevenzione. L'effettuazione della verifica da parte del tecnico termina con l'emissione del verbale o del certificato di omologazione e con l'archiviazione informatica e cartacea del fascicolo.	- Tecnici verificatori	- Leggi, Regolamenti e Norme Tecniche di settore - Procedure ed Istruzioni Operative definite nel Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) del Dipartimento di Prevenzione	Emissione di certificazioni non corrispondenti all'esito dei controlli da parte del tecnico verificatore, per possibili conflitti di interessi nei confronti del soggetto controllato.	Conflitto di interessi.	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio perché è già previsto che ogni operatore rilasci annualmente una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	Le dichiarazioni di impegno, rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT, dovranno essere raccolte e gestite in forma dematerializzata su un'apposita piattaforma informatica. In attesa della procedura informatica, le dichiarazioni potranno essere raccolte in forma cartacea.									X					X	N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori incaricati delle attività di verifica	100%	RESP	Annuale entro il 31/12		
									Audit interni e di supervisione professionale a cura delle strutture del SGQ del Dipartimento della Prevenzione e dei Direttori delle UUOO Professionali		X														N° Audit interni e di supervisione professionale effettuati / Audit interni e di supervisione professionale programmati	100%	Strutture del SGQ del Dipartimento della Prevenzione e dei Direttori delle UUOO Professionali	Annuale entro il 31/12	
5	Trasmissione agli operatori della SOC Clienti delle informazioni necessarie all'emissione delle fatture corrispondenti alle prestazioni effettuate	La trasmissione avviene con due modalità: - trasmissione a SOC Clienti dell'elenco dei controlli effettuati dai singoli verificatori; - collegamento dei sistemi informativi della UFC VIM e della SOC Clienti.	- Singoli tecnici verificatori VIM; - supervisione del RESP per la gestione del sistema informativo.	Nessuno	Mancata trasmissione degli elenchi alla SOC Clienti per evitare l'emissione della fattura.	Conflitto di interessi, con conseguente comportamento non corretto degli operatori.	Medio	Il livello di rischio può essere valutato medio perché è già previsto che ogni operatore rilasci annualmente una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	Le dichiarazioni di impegno, rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT, dovranno essere raccolte e gestite in forma dematerializzata su un'apposita piattaforma informatica. In attesa della procedura informatica, le dichiarazioni potranno essere raccolte in forma cartacea.															X	N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori incaricati delle attività di verifica	100%	RESP	Annuale entro il 31/12	
6	Controllo dell'andamento dell'attività ed eventuali correttivi	Questo controllo, di norma mensile, è a cura dei Dirigenti coordinatori dei settori di attività, se individuati, e del RESP. Ove si verificano scostamenti dall'andamento previsto si provvede ad apportare gli opportuni correttivi in termini di obiettivi di attività, di ripartizione di carico di lavoro tra gli operatori, di ripartizione delle verifiche tra le varie tipologie di impianto, ecc. Il controllo comprende inoltre l'incrocio dei dati di attività con la programmazione operativa dei singoli tecnici verificatori, registrata nell'archivio informatico.	- RESP - Dirigenti coordinatori dei vari settori di attività, se individuati.	Programmazione Operativa Annuale dell'attività	Nessuno																								
7	Esame a consuntivo annuale	Attività a cura del RESP, che determina il consuntivo annuale in termini di numero e tipologia di verifiche effettuate ed in termini di importi fatturati, provvedendo al raffronto con gli obiettivi assegnati	- RESP	- Programmazione (POA) concordata con la Direzione del Dipartimento; - Obiettivi di Budget stabiliti dalla Direzione Aziendale.	Nessuno																								

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Rilascio di certificazione in Area Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro
Area di rischio:	Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	PREVEN010
DIR:	Renzo Berti
Struttura del DIR:	Dipartimento della Prevenzione
RESP:	Luigi Mauro
Struttura del RESP:	Area Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)
Data di aggiornamento:	21/04/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Cittadini, aziende, Regione	Richiesta da parte di un soggetto esterno presentata secondo modalità formale predefinita dalla struttura erogatrice.	Rilascio da parte dell'organo tecnico competente di un'attestazione scritta, elettronica o equivalente, relativa alla conformità di un prodotto o di un servizio alle norme vigenti (Riferimento: Prodotti Finiti della Prevenzione 4.2 Regione Toscana n.52)	Rilascio Certificazioni Area PISLL: - Certificato di restituibilità di ambienti bonificati per amianto; - Esami in sede di Commissione Regionale per accertamento della idoneità per abilitazione alle operazioni relative all'impiego di gas tossici ai fini del rilascio da parte del Comune del relativo patentino - Altre certificazioni nell'interesse del privato di competenza esclusiva ASL	Cittadini, aziende, Regione

2 - ANALISI DEL PROCESSO																						
PREVEN010 - Rilascio di certificazione in Area Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro - 21/04/2022																						
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio													
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza	
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI					
1	Ricezione Richiesta Certificato	Il personale amministrativo assegnato alla Struttura riceve l'istanza formale di una richiesta di certificato tramite canali istituzionali, assegnazione di protocollo e creazione pratica SISPC	Personale amministrativo	Ricezione tramite SUAP, ove previsto dalle norme Disposizioni aziendali in materia di protocollo	Nessuno																	
2	Verifica avvenuto pagamento (viene effettuato a fine iter)	Il personale amministrativo della Struttura verifica che il pagamento della prestazione sia stato effettuato in ottemperanza al tariffario regionale vigente anche in relazione al numero di campioni (amianto) e di ore di lavoro necessarie. Le modalità operative sulla base delle quali vengono effettuate le verifiche degli avvenuti pagamenti sono contenute nel "P.A.C. Azienda USL Toscana Centro - Raccolta procedure Amministrative contabili" conservato agli atti del Coordinamento P.A.C. Aziendale, come indicato nella delibera di approvazione del documento, DEL.983 del 04/07/2019.	Personale amministrativo	Delibera 983/2019 Tariffario regionale (Amianto: PST.APISLL.10 REV.0) PAC.0303 Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria PAC.0306 Ricossione dei crediti	Esiste il rischio che il processo possa andare avanti anche se la tariffa regionale per l'attività non è stata incassata a causa di un possibile conflitto di interessi tra il personale amministrativo e colui che richiede il certificato	Conflitto di interessi Possibile carenza di standard di comportamento adeguati Mancanza di controllo	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio perché è media la probabilità di accadimento e medio l'impatto economico e reputazionale	Ogni operatore deve rilasciare annualmente al proprio RESP una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata, con le modalità previste dall'apposita procedura aziendale approvata con Delibera 195/2019. Le dichiarazioni di impegno, rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT, dovranno essere raccolte e gestite in forma dematerializzata su un'apposita piattaforma informatica. In attesa della procedura informatica, le dichiarazioni potranno essere raccolte in forma cartacea.								X	N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori amministrativi	100%	RESP	Annuale entro il 31/12	
3	Assegnazione pratica	Assegnazione delle pratiche agli operatori attraverso la pianificazione operativa da parte della competente Unità Funzionale ovvero sulla base dell'assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura tramite applicativo informatico. 1) Per i Dirigenti l'assegnazione è decisa con modalità diversificate da parte di un referente o direttamente dal responsabile di struttura. 2) Agli operatori del comparto l'assegnazione è effettuata dal coordinatore o dal responsabile di posizione organizzativa del TdP. Le assegnazioni vengono fatte con l'istruzione operativa IO.APISLL.01 Gestione Pratiche SISPC REV. 1 del 29/11/19 Ogni operatore deve rilasciare annualmente al proprio RESP una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata, con le modalità previste dall'apposita procedura aziendale approvata con Delibera 195/2019.	Direttore UF o suo sostituto Coordinatore e/o Posizione organizzativa	IO.APISLL.01 Gestione Pratiche SISPC Rev. 1 (Amianto: PST.APISLL.10 REV.0)	Possibili conflitti di interessi potenziale tra l'operatore assegnatario e il richiedente.	Conflitto di interessi Possibile carenza di standard di comportamento adeguati Mancanza di controlli	Medio	Il livello di rischio può essere valutato medio perché è già previsto che ogni operatore rilasci annualmente una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata	Ogni operatore deve rilasciare annualmente al proprio RESP una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata, con le modalità previste dall'apposita procedura aziendale approvata con Delibera 195/2019. Le dichiarazioni di impegno, rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT, dovranno essere raccolte e gestite in forma dematerializzata su un'apposita piattaforma informatica. In attesa della procedura informatica, le dichiarazioni potranno essere raccolte in forma cartacea.	X								X	N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori incaricati delle attività	100%	RESP	Annuale entro il 31/12
4	Fase istruttoria	Consultazione e valutazione di atti, acquisiti durante un sopralluogo e/o richiesti e/o prodotti autonomamente dal richiedente	Dirigente/operatore del comparto	Procedure specifiche del sistema gestione qualità applicabili	Nessuno																	
5	Richiesta integrazioni	Atto formale di richiesta informazioni al richiedente la prestazione, integrazione e/o modifica della documentazione o di altri elementi tecnici di conoscenza, non desumibili dalla documentazione agli atti della struttura	Dirigente/operatore del comparto	Normative di riferimento Procedure specifiche del sistema gestione qualità applicabili (Amianto: PST.APISLL.10 REV.0)	Nessuno																	
6	Sopralluogo con eventuali prelievi/misure strumentali e/o valutazione esiti analitici	Eventuale accesso, per alcuni processi in rapporto al tipo di certificazione richiesta di uno o più operatori di profili anche diversi, che analizzano il contesto, effettuano una o più operazioni di controllo ufficiale e raccolgono informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi. Eventuale misura strumentale o prelievo di campione in qualsiasi matrice Eventuale confronto e analisi da un punto di vista igienico sanitario degli esiti analitici e delle misurazioni coi dati di letteratura e coi limiti previsti nelle norme per successivo processo decisionale Ogni operatore deve rilasciare annualmente al proprio RESP una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata, con le modalità previste dall'apposita procedura aziendale approvata con Delibera 195/2019.	Dirigente/operatore del comparto	(Amianto: PST.APISLL.10 REV.0)	Possibili conflitti di interessi tra il soggetto assegnatario del controllo e il soggetto controllato che potrebbero portare alla falsificazione degli esiti del controllo	Conflitto di interessi Possibile carenza di standard di comportamento adeguati Mancanza di controlli	Medio	Il livello di rischio può essere valutato medio perché è già previsto che ogni operatore rilasci annualmente una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata	Ogni operatore deve rilasciare annualmente al proprio RESP una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata, con le modalità previste dall'apposita procedura aziendale approvata con Delibera 195/2019. Le dichiarazioni di impegno, rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT, dovranno essere raccolte e gestite in forma dematerializzata su un'apposita piattaforma informatica. In attesa della procedura informatica, le dichiarazioni potranno essere raccolte in forma cartacea.								X	N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori incaricati delle attività di vigilanza	100%	RESP	Annuale entro il 31/12	
7	Rilascio della certificazione	Redazione certificato e consegna materiale all'interessato della documentazione/ certificazione richiesta che varia in relazione alle numerose tipologie di "certificato" richiesto.	Dirigente/operatore del comparto Operatore amministrativo	Redazione secondo la procedura tecnica e/o le indicazioni applicabili (Amianto: PST.APISLL.10 REV.0) Verifica dell'avervenuto pagamento (da PST)	Nessuno				Applicazione della DGR 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale, analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale. Rif. Anche: PS.DPREV.05 rev.0 del 23.05.17								X	Numero di programmi e riesame delle attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGR 1012/2015 entro la scadenza	100% dei programmi e relazioni di riesame di attività di supervisione redatti e pubblicati in base alla DGR 1012 e DDG 4443/2009	RESP	Annuale entro il 31/12	

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Attività di Prevenzione, Educazione e Promozione della Salute rivolta alla popolazione con particolare riferimento alla comunità scolastica di ogni ordine e grado
Area di rischio:	Incarichi e nomine
Processi connessi:	
Codice:	PREVEN011
DIR:	Renzo Berti
Struttura del DIR:	Dipartimento della Prevenzione
RESP:	Gianna Ciampi
Struttura del RESP:	UFC Promozione della Salute
Data di aggiornamento:	18/05/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Scuola, famiglie, Comunità, Associazioni, Regione, Uffici Scolastici, altri dipartimenti aziendali, altre aziende AUSL toscane, altre Istituzioni.	Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione, richieste dell'Ufficio Scolastico Provinciale e Regionale, evidenze epidemiologiche del territorio, Delibere Aziendali e Regionali, richieste da parte di altre Istituzioni, Procedure e Istruzioni operative.	Promuovere lo sviluppo di consapevolezza e capacità finalizzate alla scelta di stili di vita sani e prevenzione dei rischi per la salute rafforzando le competenze individuali in rapporto al contesto culturale, economico e sociale. Le attività sono rivolte alla popolazione con particolare riferimento alla comunità scolastica di ogni ordine e grado	Redazione e pubblicazione del programma "Salute e benessere a scuola", Delibera aziendale di approvazione del programma "Salute e benessere a scuola", ordini e liquidazioni dei professionisti esterni; Monitoraggio e analisi delle attività rivolte alla comunità scolastica registrate nel database dedicato.	Scuola, famiglie, Comunità, Associazioni, Regione, Uffici Scolastici, altri dipartimenti aziendali, altre aziende AUSL toscane, altre Istituzioni.

2 - ANALISI DEL PROCESSO																								
PREVEN011 - Attività di Prevenzione, Educazione e Promozione della Salute rivolta alla popolazione con particolare riferimento alla comunità scolastica di ogni ordine e grado - 18/05/2022																								
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi				2.3 - Trattamento del rischio															
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza				
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT					CI			
1	Programmazione attività di educazione e promozione alla salute per le scuole	In base al Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione, alle richieste dell'Ufficio Scolastico Provinciale e regionale, alle evidenze epidemiologiche del territorio, viene redatta una bozza di programma di progetti per attività di educazione e promozione della salute rivolte alle Scuole di ogni ordine e grado (Programma Salute e benessere a scuola*) in attesa di ulteriore definizione di risorse e contenuti.	Direttore UFC Operatori della struttura	Piani regionali di prevenzione Delibere regionali DGRT 693/2015, Piano Regionale per la Prevenzione (PRP) 2014-2018 Finanziamenti finalizzati Obiettivi di salute DGRT 1015/2015, Piano Regionale per la Prevenzione (PRP) 2014-2018. Destinazione di risorse per la realizzazione di progettualità del PRP. Indagini epidemiologiche, Indagine EDI, sorveglianze HBS e OKio, Tutto passi, Passi d'argento, Relazione sullo stato di salute, Report epidemiologici aziendali	Nessuno																			
2	Individuazione del personale interno all'Azienda per svolgere i percorsi educativi definiti nella bozza di programma	Il Direttore della Unità Funzionale Promozione della Salute effettua una ricognizione del personale interno della Struttura e, non essendo stata individuata una modalità per pubblicizzare e diffondere la richiesta di disponibilità a collaborare nei progetti, richiede mediante e-mail ai Professionisti delle altre Strutture Aziendali interessate la disponibilità ad effettuare i percorsi educativi individuati nella bozza del "Programma Salute e benessere a scuola". Il Direttore della Promozione della Salute, effettua l'individuazione degli operatori esperti da coinvolgere in base alle referenze sulle varie progettualità e ne richiede la disponibilità ai Direttori delle strutture interessate/individuate. A seguito delle risposte pervenute effettua la raccolta e censimento delle disponibilità dei professionisti/operatori esperti disponibili a svolgere determinati interventi specifici in base alle competenze e impegni di lavoro.	Direttore UFC Referenti scientifici dei progetti Collaboratore amministrativo	Procedura PST.DPREV.PS.01 percorsi educativi alle scuole	Una non corretta ricognizione interna potrebbe favorire il ricorso a professionisti esterni anche in presenza di personale aziendale idoneo allo svolgimento dell'attività, con spreco di risorse pubbliche e indebiti vantaggi a soggetti privati	Mancanza di regolamentazione Mancanza di trasparenza Mancanza di rotazione	Alto	Il livello di rischio è stato considerato alto perché la probabilità di accadimento è alta mentre l'impatto economico e reputazionale si può ritenere medio	Redazione di specifica istruzione operativa ad integrazione della PST.DPREV.PS.01 "Percorsi educativi nelle scuole" per definire i criteri e le modalità per la selezione e qualificazione dei professionisti interni, compresa la pubblicazione della richiesta di adesioni e la rotazione dei professionisti. Pubblicazione sistematica della richiesta di disponibilità di professionisti interni su applicativi aziendali (Dedalus).				X						Approvazione e pubblicazione sulla intranet aziendale della istruzione Operativa specifica per la selezione dei professionisti interni (SI/NO)	SI	RESP	31/12/22		
											X										N° di richieste di disponibilità di Professionisti interni pubblicate / N° di richieste di disponibilità di Professionisti interni	100%	RESP	31/12 di ogni anno
3	Individuazione del personale esterno all'Azienda per svolgere i percorsi educativi definiti nella bozza di programma	Il Direttore della Unità Funzionale Promozione della Salute, in caso di verificata mancanza di risorse o di competenze aziendali specifiche, in base alla ricognizione di personale interno all'Azienda come previsto nella fase 2, non essendo stata individuata una procedura specifica per pubblicizzare e diffondere la richiesta di collaborazione di professionisti esterni per svolgere i percorsi educativi, procede alla individuazione di professionisti esterni applicando i seguenti criteri: referenze e professionalità nel settore, pubblicazioni e lavori scientifici, continuità del progetto, ricaduta e gradimento della prestazione professionale, esperienza nella didattica; individuazione della fascia retributiva in base ai criteri della formazione per analogia. A seguito di valutazione dei criteri da parte del Direttore, coadiuvato dal personale della Struttura, viene emessa lettera d'incarico al professionista individuato.	Direttore UFC Referenti scientifici dei progetti Collaboratore amministrativo	Nessuno	Esiste il rischio che non sia garantita la partecipazione a tutti i professionisti esterni eventualmente interessati e la rotazione di quelli già coinvolti in attività aziendali, con possibile spreco di risorse pubbliche e concessione di indebiti vantaggi ad alcuni soggetti privati.	Mancanza di regolamentazione Mancanza di trasparenza Mancanza di rotazione	Alto	Il livello di rischio è stato considerato alto perché la probabilità di accadimento è alta mentre l'impatto economico e reputazionale si può ritenere medio	Redazione di specifica istruzione operativa ad integrazione della PST.DPREV.PS.01 "Percorsi educativi nelle scuole" per definire i criteri e le modalità per la selezione e qualificazione dei professionisti esterni, compresa la pubblicazione della richiesta di adesioni e la rotazione dei professionisti. Pubblicazione sistematica della richiesta di disponibilità di Professionisti esterni su piattaforma dedicata (START)					X						Approvazione e pubblicazione sulla intranet aziendale della istruzione Operativa specifica per la selezione dei professionisti esterni (SI/NO)	SI	RESP	31/12/22	
											X										N° di richieste di disponibilità di Professionisti esterni pubblicate / N° di richieste di disponibilità di Professionisti esterni	100%	RESP	31/12 di ogni anno

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Gestione delle infezioni correlate all'assistenza, antibioticoresistenza, sepsi nell'ambito delle attività indicate dal Team AID
Area di rischio:	Attività sanitarie
Processi connessi:	
Codice:	RETOSP004
DIR:	Roberto Biagini
Struttura del DIR:	Direzione Rete Ospedaliera
RESP:	Anna Patrizia Poli
Struttura del RESP:	SOS Infezioni ospedaliere correlate all'assistenza
Data di aggiornamento:	25/02/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Strutture Aziendali che erogano prestazioni sanitarie Cittadini	Indicatori aziendali collegati alle ICA. Segnalazioni pervenute (interne o esterne).	Definire e gestire le attività di sorveglianza prevenzione e controllo delle ICA (Infezioni correlate all'assistenza, steward-ship, sepsi, igiene ambientale)	Verbali delle riunioni del Team AID contenenti aspetti procedurali e interventi di miglioramento. Azioni di miglioramento scaturite dalle attività di monitoraggio e controllo.	Direttori Sanitari Direttori di Dipartimento Direttori di Strutture che erogano prestazioni sanitarie Team di presidio Referenti ICA

2 – ANALISI DEL PROCESSO																				
RETOSP004 - Gestione delle infezioni correlate all'assistenza, antibioticoresistenza, sepsi nell'ambito delle attività indicate dal Team AID - 25/02/2022																				
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio										
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifica di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT				
1	Programmazione delle attività	Il Team AID (Antimicrobial Steward-ship, Infection, diagnostic steward-ship) attraverso incontri, definisce gli obiettivi prioritari riguardo la gestione delle infezioni correlate all'assistenza, steward-ship, sepsi, igiene ambientale (ICA); In particolare, il Team definisce: - gli aspetti procedurali e gli interventi di miglioramento. - le priorità di intervento per l'attività di vigilanza e controllo. Gli obiettivi vengono esplicitati attraverso verbali indirizzati al Direttore Sanitario.	Team AID è un organismo multidisciplinare e multiprofessionale presieduto dal Direttore Sanitario e composto dal Direttore della SOS AID e dai Direttori dei Dipartimenti e delle Strutture aziendali coinvolte nella gestione del rischio ICA	Delibere Regionali e Aziendali	Nessuno															
2	Vigilanza e controllo	Il Direttore della SOS AID in collaborazione con la rete dei Referenti ICA effettua dei sopralluoghi presso le strutture aziendali che erogano prestazioni sanitarie, concordati con i rispettivi direttori, in base alle priorità stabilite dal Team AID. Nel corso dei sopralluoghi si analizzano le attività svolte e si individuano le azioni di miglioramento relative alle non conformità e criticità emerse rispetto alle indicazioni aziendali, regionali e normative nazionali.	Direttore SOS AID e personale della struttura Referenti ICA: Coordinatori del Dipartimento Infermieristico Ostetrico e i Direttori delle strutture Dipartimentali interessate.	Delibere Regionali e Aziendali	Nessuno															
3	Monitoraggio	Il Direttore della SOS AID effettua il monitoraggio degli indicatori aziendali collegati alle ICA e l'analisi delle segnalazioni pervenute (interne o esterne). In caso di anomalie individua le azioni di miglioramento in collaborazione con i Direttori di Dipartimento/Direttori di Struttura/Team di presidio/Referenti ICA interessati dalla problematica.	Direttore SOS AID e personale della struttura Direttori di Dipartimento Direttori di Struttura Team di presidio Referenti ICA	Delibere Regionali e Aziendali	Nessuno															
4	Stesura del report annuale delle attività	Il Direttore della SOS AID redige il report annuale sulle attività svolte dalla struttura.	Direttore SOS AID e personale della struttura	Delibere Regionali e Aziendali	Nessuno															
5	Formazione del personale	Il Direttore della SOS AID, in collaborazione con il Team AID organizza incontri di formazione itineranti finalizzati ad aumentare la sensibilizzazione alle attività relative alla gestione del rischio infettivo.	Direttore SOS AID e personale della struttura Team AID	Delibere Regionali e Aziendali	Nessuno															

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Conferimento incarichi collaborazione
Area di rischio:	Incarichi e nomine
Processi connessi:	
Codice:	RISUMA002
DIR:	Arianna Tognini
Struttura del DIR:	Dipartimento Risorse umane
RESP:	Occhiolini Ginevra
Struttura del RESP:	SOSD Assunzioni e rapporti con ESTAR
Data di aggiornamento:	23/02/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direttore di Struttura e Direttore di Dipartimento interessati in base alla professionalità richiesta; Direzione Sanitaria/Amministrativa aziendale	Richiesta di avvio procedura e relativo progetto allegato presentata dai soggetti esterni da cui provengono gli input del processo	Reclutare, attraverso la pubblicazione di avvisi pubblici ed effettuazione di specifica selezione, personale specializzato e qualificato per il conferimento di incarichi legati a specifici progetti	Individuazione del professionista richiesto a seguito espletamento di procedura selettiva, redazione verbale dal parte della Commissione di Valutazione, stipula contratto individuale da redigersi in base agli artt. 2222 e seguenti del Codice Civile, atti consequenziali.	Direttori delle Strutture destinatari della collaborazione; il professionista individuato, PERLAPA

2 - ANALISI DEL PROCESSO																				
RISUMAD02 - Conferimento incarichi collaborazione - 23/02/2022																				
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio										
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT				
1	Ricezione della richiesta di attivazione di una selezione per il conferimento di un incarico libero professionale	La SOSD Assunzioni e rapporti con ESTAR riceve la richiesta di attivazione di una selezione per il conferimento di un incarico libero professionale per un massimo di 120 ore mensili (30 ore settimanali) esclusivamente per progetto o settore specifico di attività. La richiesta e il progetto sono formulati dal Dirigente di Struttura interessata e dal Direttore del Dipartimento afferente che attestano l'assenza di idonea graduatoria di Pubblico Concorso/Avviso Pubblico e l'impossibilità oggettiva di utilizzare risorse interne. La richiesta e il progetto sono approvati dalla Direzione Aziendale che li invia alla SOSD e al Dipartimento Risorse Umane.	PO /SOSD Assunzioni e Rapporti con Estar	art. 7 comma 6 del D.LGS N. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni - Regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 1538 del 14/12/2017 ed in vigore dal 1/01/2018	Nessuno															
2	Esame pratica e emissione avviso	La SOSD Assunzioni e rapporti con ESTAR verifica nuovamente la presenza o meno di graduatorie e la correttezza nella redazione dello specifico progetto di dettaglio di attività, e predisporre la delibera di emissione avviso. L'avviso viene pubblicato sul sito aziendale alla voce bandi, concorsi, avvisi- avvisi di selezione pubblica per almeno 15 giorni. Le domande vengono recepite via pec all'indirizzo specificato nell'avviso stesso	PO /SOSD Assunzioni e Rapporti con Estar	art. 7 comma 6 del D.LGS N. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni - Regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 1538 del 14/12/2017 ed in vigore dal 1/01/2018	Nessuno															
3	Espletamento selezione	Nel caso le domande degli interessati siano in numero maggiore rispetto agli incarichi da conferire si procede, oltre a effettuare la valutazione del curriculum, anche a espletare il relativo colloquio. Il colloquio viene espletato in sala aperta al pubblico per garantire la massima trasparenza. L'esito della selezione è reso pubblico con il provvedimento di conferimento incarico visionabile all'albo pretorio per 15 gg. I componenti della Commissione nominati con delibera della Direzione, sottoscrivono una dichiarazione di mancanza di conflitto di interessi e compatibilità nel loro primo incontro. La commissione non percepisce alcun compenso ed è definita per 2/3 da regolamento Aziendale: Presidente Direttore del dipartimento interessato, componente direttore Struttura richiedente ed un terzo componente individuato dal direttore del dipartimento interessato, nella disciplina specifica per la quale si richiede la collaborazione di altra struttura e rientrante nella stessa area.	Commissione (composta dal Direttore del Dipartimento interessato o suo delegato, n. 2 specialisti in base all'incarico da conferire) e segretario verbalizzante	art. 7 comma 6 del D.LGS N. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni - Regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 1538 del 14/12/2017 ed in vigore dal 1/01/2018	Possibile presenza di conflitto di interessi o situazione di incompatibilità (p.e. condanne per reati contro la PA) in capo ai membri della commissione	Presenza di conflitti di interessi o situazioni di incompatibilità	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché è media la probabilità di accadimento per la possibile presenza di conflitti di interessi ed è stato valutato medio l'impatto sotto il profilo economico e reputazionale	Sottoscrizione da parte di ogni membro della commissione di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi e situazioni di incompatibilità							X	N° di dichiarazioni rilasciate dai membri di ciascuna commissione / N° di membri di ciascuna commissione	100% per tutte le commissioni	RESP	Al primo incontro della commissione
4	Firma contratto individuale	A seguito dell'espletamento della procedura selettiva la SOSD Assunzioni e rapporti con ESTAR procede alla predisposizione e stipula del contratto individuale con il professionista interessato. Il contratto individuale viene inviato per la sottoscrizione al vincitore della procedura	PO /SOSD Assunzioni e Rapporti con Estar e professionista	Art. 2222 e seguenti del Codice Civile Artt. 7 e 8 del Regolamento aziendale	Nessuno															
5	Pubblicazione e trasparenza	Gli esiti della selezione vengono pubblicati sul sito nella stessa pagina dove era stato pubblicato il bando, la convocazione al colloquio e la relativa graduatoria finale. Trimestralmente vengono pubblicati anche su PERLAPA i nominativi di chi ha avuto l'incarico	SOSD Assunzioni e rapporti con ESTAR		Nessuno															

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (Atto negoziale e scheda Allegato A)
Area di rischio:	Attività libero professionale
Processi connessi:	
Codice:	RISUMA004
DIR:	Arianna Tognini
Struttura del DIR:	Dipartimento delle Risorse Umane
RESP:	Francesca Fontanelli
Struttura del RESP:	SOS Attività libero professionale
Data di aggiornamento:	01/10/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
<p>- Dirigenti medici, veterinari e sanitari non medici con rapporto di lavoro esclusivo dipendenti della AUSL TC (compresi i dirigenti in posizione di comando presso la AUSL TC e il personale universitario che svolge attività assistenziale presso la AUSL TC).</p> <p>- Specialisti ambulatoriali convenzionati interni.</p> <p>Sono esclusi dal processo in analisi i professionisti di altre aziende sia toscane che di altre regioni ed il supporto infermieristico</p>	<p>- Richieste di avvio/modifica attività LP Intramuraria ambulatoriale.</p>	<p>Il processo si occupa della gestione del percorso amministrativo finalizzato all'avvio ed alla modifica dell'attività libero professionale intramuraria resa nel regime ambulatoriale e di ricovero da parte dei professionisti della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria non medica, in qualità di personale dipendente della AUSL TC, (compresi i dirigenti in posizione di comando presso la AUSL TC e il personale universitario che svolge attività assistenziale presso la AUSL TC) – e dal personale specialista ambulatoriale convenzionato interno - al di fuori dell'orario di lavoro - in favore e su libera scelta dell'assistito con oneri a carico dello stesso. Il percorso di formalizzazione dell'avvio e delle modifiche avviene nel rispetto delle disposizioni di legge in materia e del Regolamento aziendale di libera professione intramuraria.</p>	<p>- Atto negoziale (contratto) e scheda allegato A (Dettagli sulle prestazioni, compensi/tariffe, sedi e orari)</p> <p>- Note dispositive/autorizzative</p>	<p>- Professionisti e responsabile della struttura di assegnazione</p> <p>- Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica</p> <p>- Dipartimento Professioni Tecnico Sanitarie</p> <p>- Direttori di presidio Ospedaliero e Direttori di presidio Territoriale</p> <p>- Staff Direzione Sanitaria</p> <p>- Dipartimento Decentramento</p>

2 - ANALISI DEL PROCESSO																							
RISUMAZIONE - Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (Atto negoziale e scheda Allegato A) - 01/10/2021																							
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio													
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura						Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza				
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI						
1	Recupero richiesta di avvio o modifica attività LP intramuraria ambulatoriale e/o ricovero e istruttoria	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale riceve la richiesta di avvio o modifica attività LP intramuraria ambulatoriale e/o ricovero dal dirigente medico interessato e provvede a: 1) accertare la situazione giuridica del richiedente (natura rapporto di lavoro esclusivo, impegno orario pieno, disciplina di inquadramento, verifica titoli nel caso di richiesta esercizio attività in disciplina diversa etc.); 2) verificare la presenza sul modulo della validazione del responsabile sovraordinato oppure del Direttore sovraordinato nel caso di responsabili di struttura complessa; 3) verificare la presenza sul modulo della validazione in ordine alla disponibilità di spazi ed attrezzature del Direttore del presidio ospedaliero territoriale; 4) controllare il rispetto delle fasce orarie di LP ambulatoriale richieste rispetto al volume orario massimo autorizzabile di tre mezza giornate a settimana (massimo 12 ore settimanali), come previsto nel Regolamento aziendale; 5) controllare il rispetto del nr di sedi di svolgimento della LP ambulatoriale richieste rispetto al nr massimo di tre sedi previste dalla normativa regionale e dal Regolamento aziendale.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Normativa nazionale e Regionale in materia; Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria"	Esiste il rischio che il richiedente rilasci dichiarazioni non corrette/non veritiere per ottenere un vantaggio	Mancanza di controlli formalizzati sulle dichiarazioni rilasciate	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché esiste una moderata probabilità che il professionista rilasci dichiarazioni mendaci e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio.	Definire una istruzione interna per effettuare: - La verifica della situazione giuridica dichiarata sul modulo, attraverso l'applicativo aziendale di gestione del personale dipendente, oppure tramite l'Area del personale convenzionato per gli Specialisti ambulatoriali convenzionati interni. - La verifica delle variazioni giuridiche del personale dipendente, sulla base del flusso informativo fornito del settore Giuridico-Area amministrazione del personale.	X			X					Definizione dell'istruzione operativa	Adozione dell'istruzione Operativa entro la scadenza	RESP	28/02/22		
2	Gestione di situazioni particolari e richieste pareri	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale provvede inoltre: - in caso di discordanza tra parere del direttore di struttura sovraordinata, Direttore Presidio Ospedaliero/Distretto e volontà del professionista, a trasmettere la richiesta al Commissione paritetica della LP Intramuraria per le opportune valutazioni e ad acquisire la valutazione; - in caso di impedimenti, o criticità rilevate nella domanda del professionista, all'acquisizione di specifici pareri da parte dello Staff della Direzione Sanitaria e del Direttore di Dipartimento di riferimento, nonché a trasmettere l'istruttoria alla Commissione paritetica della LP Intramuraria e ad acquisire le valutazioni/pareri; - nel caso di richieste di esercizio della libera professione in disciplina diversa da quella di inquadramento, ad attivare l'iter istruttorio previsto dal Regolamento aziendale finalizzato all'autorizzazione fuori disciplina del professionista; - nel caso di richieste di esercizio della libera professione presso altra AUSL/AOU RT o fuori regione, ad attivare lo specifico iter istruttorio previsto dal Regolamento aziendale; - a trasmettere, per le attività di LP ambulatoriale, il modulo di avvio/modifica LP al dipartimento del decentramento, SOC CUP - Call Center.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Normativa nazionale e Regionale in materia; Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020; Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria".	Nessuno																		
3	Acquisizione del parere endoprocedimentale della SOC CUP - Call Center	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale provvede ad acquisire il parere della SOC CUP - Call Center relativo alla: - verifica della tipologia e della compatibilità delle prestazioni ambulatoriali richieste in libera professione intramuraria in relazione anche alle attività istituzionali in sede; - disponibilità di personale di supporto diretto (ove richiesto) da Parte del Direttore del Dipartimento interessato.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Normativa nazionale e Regionale in materia; Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020; Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria".	Nessuno																		
4	Acquisizione del parere del Direttore Staff Direzione Sanitaria e Direttore di Dipartimento interessato	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale provvede ad acquisire il parere del direttore del Dipartimento interessato e il Direttore dello Staff della Direzione Sanitaria con particolare riferimento: - alla tipologia delle prestazioni richieste in regime di libera professione intramuraria rispetto alla disciplina di esercizio della stessa ed alle prestazioni erogate in regime istituzionale; - alla individuazione degli spazi aziendali disponibili per la libera professione, in linea con la mappa aziendale e con il criterio di separazione e distinzione rispetto alle attività istituzionali.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Normativa nazionale e Regionale in materia; Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020; Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria".	Nessuno																		
5	Predisposizione Atto negoziale e scheda allegato A	La SOS Attività Libero Professionale predispone l'Atto negoziale (riepilogativo di tutti i dati relativi allo svolgimento dell'attività quale integrazione del contratto individuale e la Scheda Allegato A relativa alle prestazioni ed alle relative tariffe, applicando i criteri di riparto previsti dal Regolamento aziendale invia al professionista richiedente l'atto negoziale per la formalizzazione dell'avvio all'attività libero professionale, i cui contenuti sono quelli previsti nel Regolamento aziendale.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Normativa nazionale e Regionale in materia, Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020, Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria"	Esiste il rischio che il richiedente commetta abusi del proprio ruolo/funzione per ottenere un vantaggio personale	Mancanza di definizione e promozione dell'etica e di corretti standard di comportamento	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché esiste una moderata probabilità che il professionista commetta abusi del proprio potere e funzioni e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio.	L'amministrativo verifica che nell'atto negoziale siano riportate, tra le altre, le previsioni relative alle norme di comportamento che prevedono che il professionista si impegni: - ad utilizzare i sistemi di prenotazione aziendali dedicati alla libera professione intramuraria per le prenotazioni; - a non percepire direttamente i compensi dagli utenti; - ad informare correttamente l'utenza sul costo complessivo della prestazione, e non solo sul compenso del professionista; - a tenere distinta l'attività libero professionale da quella istituzionale; - ad utilizzare apposito codice di rilevazione presenza per lo svolgimento dell'attività libero professionale.			X					N° di atti negoziali con previsioni / N° di atti negoziali sottoscritti	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
6	Sottoscrizione atto negoziale e scheda allegato A	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale provvede ad acquisire l'accettazione da parte del richiedente della proposta aziendale contenuta nell'atto negoziale, mediante sottoscrizione effettuata entro trenta giorni dal ricevimento. In caso di sottoscrizione fuori termine, la richiesta è soggetta ad ulteriore verifica per accertare il permanere dei presupposti logistici ed organizzativi inerenti all'attività. L'atto negoziale si perfeziona acquisendo la sottoscrizione da parte del Direttore Generale o suo delegato.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale Professionista Direttore Generale (o suo delegato)	Normativa nazionale e Regionale in materia, Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020, Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria"	Nessuno																		
7	Disposizione di avvio e/o modifica del contratto in essere	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale predispone una nota di comunicazione, con allegato l'atto negoziale e la scheda allegato A, relativa allo svolgimento dell'attività del professionista e la invia: - al professionista interessato; - al responsabile della struttura di riferimento; - al Direttore Sanitario del Presidio ospedaliero / Responsabile Presidio Territoriale in interesse; - al Direttore del Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica/Dipartimento delle Professioni Tecniche Sanitarie, se interessati; - al Direttore SOC CUP - Call center; - alla segreteria libera professione dedicata, territorialmente competente. La procedura aziendale adottata PS.AG.01 prevede l'inserimento sulla nota di comunicazione avvio/modifica attività LP del link per la visualizzazione del Regolamento aziendale delle libera professione intramuraria.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Normativa nazionale e Regionale in materia, Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020, Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria"	Nessuno																		
8	Assegnazione criterio ripartizione tariffe su CUP accettatore	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale associa, sul sistema CUP accettatore Oni, i criteri di ripartizione delle tariffe LP alle singole prestazioni indicate nella SCHEDA allegato A) all'atto negoziale che sono state caricate a sistema dalla SOC CUP Call Center.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Normativa nazionale e Regionale in materia, Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020, Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria"	Nessuno																		

2 – ANALISI DEL PROCESSO																								
RISUMA004 - Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (Atto negoziale e scheda Allegato A) - 01/10/2021																								
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 – Valutazione dei rischi				2.3 – Trattamento del rischio															
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza				
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT					CI			
9	Controlli e monitoraggi periodici	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale: -accerta la situazione giuridica del richiedente in fase di avvio o modifica attività (natura rapporto di lavoro esclusivo, impegno orario pieno, disciplina di inquadramento, verifica titoli nel caso di richiesta esercizio attività in disciplina diversa etc.); - estrae con cadenza annuale dal sistema di prenotazione aziendale il dato relativo alla occupazione degli spazi destinati alla libera professione ambulatoriale e lo trasmette alla Direzione Aziendale; -Riceve dal SIATC i risultati dei controlli periodici effettuati per verificare le incompatibilità specifiche concernenti la libera professione intramoenia della dirigenza e del personale di supporto, per le eventuali azioni di competenza	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Normativa nazionale e Regionale in materia, Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020, Procedura PS.AG.01 di "gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria"	Esiste il rischio che il richiedente svolga l'attività anche in assenza dei requisiti (p.e. svolgimento di attività di libera professione intramuraria a seguito del passaggio a rapporto di lavoro non esclusivo oppure ad impegno orario ridotto, oppure a seguito di aspettativa o cessazione dal servizio).	Mancanza di controlli formalizzati	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché esiste una moderata probabilità che il professionista abusii del proprio potere o funzioni e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio.	Definire una istruzione interna per definire i controlli ed i monitoraggi periodici. In particolare su come: - effettuare la verifica mensile delle variazioni giuridiche del personale dipendente, sulla base del flusso informativo fornito del settore Giuridico-Area amministrazione del personale, che hanno un impatto sui requisiti indispensabili per esercitare la libera professione intramuraria (p.e. passaggio da rapporto di lavoro esclusivo a rapporto di lavoro non esclusivo, passaggio da orario pieno ad orario ridotto, aspettative oppure cessazione dal servizio).	X						X			Definizione dell'istruzione operativa	Adozione dell'istruzione Operativa entro la scadenza	RESP	28/02/22		
10	Aggiornamento sistema CUP aziendale	La SOS Attività libero professionale riceve dalla SOC CUP – Call center una email di conferma dell'avvenuto inserimento/aggiornamento del sistema aziendale CUP aziendale effettuato sulla base della nota dispositiva di avvio/modifica delle attività libero professionali ambulatoriali. La SOS Attività libero professionale archivia la documentazione istruttoria e definitiva della pratica, sia in forma cartacea che pdf nella apposita cartella argomento comune di struttura.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Normativa nazionale e Regionale in materia, Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020, Procedura PS.AG.01 di "gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria"	Nessuno																			

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Rilevazione e liquidazione compensi attività LP intramuraria ambulatoriale (compresa LP domiciliare / fuori regione / veterinari studi privati)
Area di rischio:	Attività libero professionale
Processi connessi:	
Codice:	RISUMA005
DIR:	Arianna Tognini
Struttura del DIR:	Dipartimento delle Risorse Umane
RESP:	Francesca Fontanelli
Struttura del RESP:	SOS Attività libero professionale
Data di aggiornamento:	01/10/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clients
- Sistema di prenotazione CUP accettore ONIT	Prenotazioni/accettazioni prestazioni su sistema di prenotazione aziendale CUP Onit	Il processo riguarda: -la rilevazione mensile dei compensi spettanti ai dirigenti che hanno svolto prestazioni di LP Ambulatoriale (compresa LP domiciliare / fuori regione / veterinari studi privati) attraverso il sistema di prenotazione CUP 2.0 / CUP Onit accettore, al fine della gestione della liquidazione dei compensi. - la rilevazione e la liquidazione dei compensi spettanti al personale di supporto diretto alle prestazioni rese in LP ambulatoriale	- flusso dati parcheggio buste paga - comunicazione alla SOC MMG e continuità assistenziale - comunicazione alla UNIFI - comunicazione alle aziende di appartenenza per gli Ospiti	- Professionisti che esercitano la LP intramuraria ambulatoriale - Personale sanitario del comparto che svolge attività di supporto diretto alla LP intramuraria ed area a pagamento ambulatoriale - ESTAR - SOC MMG e continuità assistenziale - UNIFI - Altre Aziende

2 - ANALISI DEL PROCESSO																					
RISUMA005 - Rilevazione e liquidazione compensi attività LP intramuraria ambulatoriale (compresa LP domiciliare / fuori regione / veterinari studi privati) - 01/10/2021																					
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Generazione ed elaborazione dati periodici di attività	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale genera, con cadenza mensile, sull'applicativo aziendale CUP accettore ONIT, le prestazioni di libera professione intramuraria ambulatoriale (compresa la LP domiciliare, la LP resa fuori regione e la LP dei veterinari resa presso studi privati). La generazione dati si riferisce alle prestazioni erogate, contabilizzate e incassate nel mese precedente. Effettuata la generazione, sulla base della stessa, il personale della SOS elabora sul sistema CUP ONIT ed esporta su excel tre diversi report: - 1) report "visualizzazione conteggi" - 2) report "visualizzazione ruoli del personale" - 3) report "visualizzazione controlli"	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020	Nessuno																
2	Controllo elaborazione dati periodici di attività	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale: - riscontra e controlla gli errori rilevati ed inviati automaticamente dal sistema CUP ONIT a seguito della generazione dati; - controlla i dati contenuti nei tre report generati dalla elaborazione, con particolare riferimento: report 1) ai valori economici parziali rispetto ai totali, alla presenza di eventuali dati anomali (es valori "vuoti" o negativi), report 2) alla corrispondenza per singolo professionista della corretta associazione della voce stipendiale rispetto alla tipologia di attività resa, alla presenza dei codici stipendiali e matricola, report 3) controllo relativo alla corretta ripartizione dei campi elaborati.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020	Nessuno																
3	Correzione errori e rigenerazione dati mensili e rielaborazione report attività	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale segnala alla ditta del sistema CUP accettore ONIT gli errori/anomalie riscontrate al fine della loro correzione per procedere ad una nuova generazione mensile dati e ad una nuova elaborazione dei tre report.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020	Nessuno																
4	Individuazione tipologie di professionisti e suddivisione dati	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale individua ed estrapola dal report 2 i dati delle attività rese da parte delle seguenti tipologie di professionisti: - specialisti ambulatoriali convenzionati, per la trasmissione con lettera alla SOC MMG e continuità assistenziale alla quale compete la gestione ed elaborazione delle buste paga degli specialisti ambulatoriali convenzionati; - universitari, per la comunicazione alla UNIFI alla quale compete la gestione ed elaborazione delle buste paga del personale universitario; - personale dipendente di altre AUSL AOU della Regione Toscana (ospiti), per la comunicazione alle aziende di appartenenza alle quali compete la gestione ed elaborazione delle buste paga del loro personale dipendente; - personale del comparto supporto diretto, ai fini dell'invio al Dip.to di assegnazione e della acquisizione della loro validazione dati.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020	Nessuno																
5	Procedura passaggio dati stipendiali del personale dipendente	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale attiva la procedura di passaggio del dato generato relativo ai compensi spettanti al solo personale dipendente (dirigenti e comparto) dal sistema cup ONIT allo specifico parcheggio dedicato alla libera professione (denominato LPWS) su applicativo aziendale di gestione delle buste paga. Il personale della struttura SOS Attività libero professionale controlla che il totale dei compensi (distinti per voce stipendiale) generato e transito sull'applicativo paghe, corrisponda ai dati elaborati e risultanti nel report 2) "Visualizzazione ruoli del personale".	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020	Esiste il rischio che l'amministrativo possa alterare manualmente il dato per favorire un professionista (Conflitto di interessi)	Conflitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione al rischio è stato valutato basso perché è stata ritenuta bassa la probabilità che l'amministrativo possa individualmente forzare il sistema senza che questo venga rilevato, stante: - l'acquisizione automatica dei dati stipendiali da CUP a Parcheggio ESTAR - i controlli incrociati effettuati tra i colleghi della SOS, la Posizione Organizzativa del settore ed i referenti ESTAR.													
6	Estrazione e controllo dati applicativo paghe	Il dato passato sul parcheggio dell'applicativo paghe viene estratto su file excel per controlli di corrispondenza relativamente al totale generale ed al totale singole voci stipendiali.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020	Nessuno																

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Avvio, modifica e rendicontazione della Libera Professione Intramuraria resa in qualità specialista in medicina del lavoro o "medico competente", ai sensi del D.Lgs. 81/2008
Area di rischio:	Attività libero professionale
Processi connessi:	
Codice:	RISUMA006
DIR:	Arianna Tognini
Struttura del DIR:	Dipartimento delle Risorse Umane
RESP:	Francesca Fontanelli
Struttura del RESP:	SOS Attività libero professionale
Data di aggiornamento:	01/10/2021

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
<ul style="list-style-type: none"> - Medici specialisti in medicina del lavoro o medicina legale o igiene epidemiologia e sanità pubblica; - Soggetti privati; - Direttore Sanitario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Richiesta del medico di poter attivare la libera professione intramuraria in qualità di "medico competente"; - nota di nomina di Medico Competente e accettazione della stessa da parte del professionista; - parere esercizio della libera professione intramuraria; - modulo attestazione erogazione prestazioni rese in libera professione individuale in qualità di medico competente. 	<p>Il processo riguarda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la richiesta del medico di poter svolgere la libera professione intramuraria in qualità di "medico competente"; - la nomina da parte dei soggetti privati e l'accettazione della stessa da parte del medico; - la gestione della rendicontazione delle attività rese ai fini della fatturazione e della liquidazione dei compensi spettanti ai professionisti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atto negoziale (contratto) e scheda All. A (Dettagli sulle prestazioni, compensi, tariffe, sedi e orari); - Note dispositive/autorizzative; - Note richiesta emissione fatturazione; - Note di liquidazione compensi spettanti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Professionisti (Medico competente) e responsabile della struttura di assegnazione; - Direttore Sanitario; - Direttori di presidi territoriali.

2 - ANALISI DEL PROCESSO																					
RISUMAO06 - Avviso, modifica e rendicontazione della Libera Professione Intramuraria resa in qualità specialistica in medicina del lavoro o "medico competente", ai sensi del D.Lgs. 81/2008 - 01/10/2021																					
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura						Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza		
										CN	TR	ET	RG	SM	FR					RT	CI
1	Recupero richiesta di avvio quale medico competente	Il personale della SOS Attività libero professionale riceve la richiesta di avvio per l'attività libero professionale intramuraria come medico competente dal dirigente interessato e provvede a: 1) accertare la situazione giuridica del richiedente (natura di rapporto esclusivo, impegno orario pieno, disciplina di inquadramento (medicina del lavoro, medicina legale o igiene epidemiologia e sanità pubblica) e valutare le eventuali incompatibilità e conseguenti improcedibilità del processo; 2) accertare l'iscrizione nell'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4 del D.Lgs. 81/2008; 3) verificare la presenza sulla richiesta di avvio della validazione del Responsabile sovraordinato oppure del Direttore sovraordinato in caso di dirigente di responsabile di struttura complessa; 4) verificare la presenza sulla richiesta di avvio della validazione della Direzione Sanitaria; 5) verificare la presenza della validazione del Direttore di presidio aziendale di interesse solo nel caso di attività resa presso gli spazi aziendali; 6) controllare il rispetto delle fasce orarie di LP ambulatoriale richieste rispetto al volume orario massimo autorizzabile (massimo 12 ore settimanali in media) come previsto dal regolamento aziendale.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Dlgs 81 del 09/04/2008 e smi Normativa nazionale e Regionale in materia di libera professione intramuraria Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 Delibera 1187 del 22/08/2019 "Libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni professionali di medico competente - ai sensi del D.Lgs n 81 del 09/04/2018 - definizione modalità organizzative"	Esiste il rischio che il richiedente abusi dei rilasci dichiarazioni non corrette/non veritiere per ottenere un vantaggio personale	Mancanza di controlli formalizzati sulle dichiarazioni rilasciate	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché esiste una moderata probabilità che il professionista rilasci dichiarazioni mendaci e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio.	Definire una istruzione interna per effettuare: - La verifica della situazione giuridica dichiarata sul modulo, attraverso l'applicativo aziendale di gestione del personale dipendente, oppure tramite l'area del personale convenzionato per gli Specialisti ambulatoriali convenzionati interni. - La verifica dell'iscrizione all'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4 del D.Lgs. 81/2008; - La verifica delle variazioni giuridiche del personale dipendente, sulla base del flusso informativo fornito dal settore Giuridico-Area amministrazione del personale.	X		X					Definizione dell'istruzione operativa	Adozione dell'istruzione Operativa entro la scadenza	RESP	28/02/22	
2	Predisposizione e sottoscrizione Atto Negoziale e scheda Allegato A)	La SOS Attività Libero Professionale predispone l'Atto negoziale (regolativo di tutti i dati relativi allo svolgimento dell'attività quale integrazione del contratto individuale e la Scheda Allegato A relativa alle prestazioni ed alle relative tariffe, applicando i criteri di riparto previsti dal Regolamento aziendale. Il personale della struttura SOS Attività libero professionale provvede ad acquisire l'accettazione da parte del richiedente della proposta aziendale contenuta nell'atto negoziale, mediante sottoscrizione effettuata entro trenta giorni dal ricevimento. In caso di sottoscrizione fuori termine, la richiesta è soggetta ad ulteriore verifica per accertare il permanere dei presupposti logistici ed organizzativi inerenti all'attività. L'atto negoziale si perfeziona acquisendo la sottoscrizione da parte del Direttore Generale o suo delegato.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale Professionista Direttore Generale (o suo delegato)	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 Delibera 1187 del 22/08/2019 "Libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni professionali di medico competente - ai sensi del D.Lgs n 81 del 09/04/2018 - definizione modalità organizzative"	Esiste il rischio che il richiedente abusi del proprio ruolo/funzione per ottenere un vantaggio personale	Mancanza di definizione e promozione dell'etica e di corretti standard di comportamento	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché esiste una moderata probabilità che il professionista abusi del proprio potere o funzioni e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio.	L'amministrativo verifica che nell'atto negoziale sono riportate, tra le altre, le previsioni relative alle norme di comportamento che prevedono che il professionista si impegni: - ad utilizzare i sistemi di prenotazione aziendali dedicati alla libera professione intramuraria per le prenotazioni; - a non percepire direttamente i compensi dagli utenti; - ad informare correttamente l'utenza sul costo complessivo della prestazione, e non solo sul compenso del professionista; - a tenere distinta l'attività libero professionale da quella istituzionale; - ad utilizzare apposito codice di rilevazione presenza per lo svolgimento dell'attività libero professionale.			X				N° di atti negoziali con previsioni / N° di atti negoziali sottoscritti	100%	RESP	31/12 di ogni anno		
3	Disposizione di avvio attività come medico competente	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale predispone una nota di comunicazione, con allegato l'atto negoziale (e la scheda allegato A), relativa allo svolgimento dell'attività del professionista e la invia: - al professionista interessato; - al responsabile della struttura di riferimento; - al Responsabile Presidio Territoriale in interesse.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 Delibera 1187 del 22/08/2019 "Libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni professionali di medico competente - ai sensi del D.Lgs n 81 del 09/04/2018 - definizione modalità organizzative"	Nessuno																
4	Recupero richiesta di nomina quale medico competente da parte di soggetti privati	Il personale della SOS Attività libero professionale riceve la richiesta di nomina come medico competente dal legale rappresentante della ditta e provvede a: 1) accertare l'eventuale incompatibilità relativa al codice attività della ditta medesima pena improcedibilità della nomina; 2) verificare l'accettazione della nomina da parte del medico competente nominato dalla ditta; 3) inviare la modulistica alla Direzione Sanitaria per l'acquisizione del previsto parere in merito alla nomina; 4) pervenuto il parere favorevole della Direzione Sanitaria, a trasmettere per PEC alla ditta la nota di nomina del medico competente.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Delibera 1187 del 22/08/2019 "Libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni professionali di medico competente - ai sensi del D.Lgs n 81 del 09/04/2018 - definizione modalità organizzative"	Nessuno																
5	Controlli e monitoraggi periodici	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale: - accerta la situazione giuridica del richiedente in fase di avvio o modifica attività (natura rapporto di lavoro esclusivo, impegno orario pieno, disciplina di inquadramento, etc.); - estrae con cadenza annuale dal sistema di prenotazione aziendale il dato relativo alla occupazione degli spazi destinati alla libera professione ambulatoriale (se presente) e lo trasmette alla Direzione Aziendale; - accerta il permanere dell'iscrizione all'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4 del D.Lgs. 81/2008; - riceve dal S.I.T.C. i risultati dei controlli periodici effettuati per verificare le incompatibilità specifiche concernenti la libera professione intramuraria della dirigenza e del personale di supporto, per le eventuali azioni di competenza	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Normativa nazionale e Regionale in materia, Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020, Procedura P.S. AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria"	Esiste il rischio che il richiedente svolga l'attività anche in assenza dei requisiti o in violazione del contratto (p.e. svolgimento di attività di libera professione intramuraria a seguito del passaggio a rapporto di lavoro non esclusivo oppure ad impegno orario ridotto, oppure a seguito di aspettativa o cessazione dal servizio)	Mancanza di controlli formalizzati	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché esiste una moderata probabilità che il professionista abusi del proprio potere o funzioni e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio.	Definire una istruzione interna per definire i controlli ed i monitoraggi periodici. In particolare su come: - effettuare la verifica mensile delle variazioni giuridiche del personale dipendente, sulla base del flusso informativo fornito dal settore Giuridico-Area amministrazione del personale, che hanno un impatto sui requisiti indispensabili per esercitare la libera professione intramuraria (p.e. passaggio da rapporto di lavoro esclusivo a rapporto di lavoro non esclusivo, passaggio da orario pieno ad orario ridotto, aspettative oppure cessazione dal servizio). - effettuare un controllo annuale sul permanere dell'iscrizione all'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4 del D.Lgs. 81/2008.	X		X				Definizione dell'istruzione operativa	Adozione dell'istruzione Operativa entro la scadenza	RESP	28/02/22		
6	Rendicontazione	Il personale della SOS Attività libero professionale riceve con cadenza mensile i report delle attività rese da parte del medico competente presso le ditte per le quali è pervenuta la nomina. I report sono sottoscritti da parte del medico competente e dal legale rappresentante della ditta interessata. La SOS Attività libero professionale provvede a: 1) rendicontare attività rese (numero prestazioni e relative tariffe); 2) inviare alla SOC Bilancio la richiesta di emissione Fattura attiva alla ditta per le prestazioni rese dal medico competente nel periodo in interesse; 3) verificare l'incasso fatture emesse tramite la SOC Bilancio.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale e SOC Bilancio	Delibera 1187 del 22/08/2019 "Libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni professionali di medico competente - ai sensi del D.Lgs n 81 del 09/04/2018 - definizione modalità organizzative"	Nessuno																
7	Procedura inerimento dati stipendiali del personale dipendente	Il personale della struttura SOS Attività libero professionale, provvede ad implementare lo specifico parcheggio stipendiale dedicato alla libera professione con i compensi spettanti ai fini della liquidazione degli stessi in busta paga. Il personale della struttura SOS Attività libero professionale controlla che il totale dei compensi caricati sull'applicativo paghe, corrisponda ai dati rendicontati.	Personale assegnato SOS Attività libero professionale	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020	Esiste il rischio che l'amministrativo possa alterare manualmente il dato per favorire un professionista (Conflitto di interessi)	Conflitto di interessi	Basso	Il livello di esposizione al rischio è stato valutato basso perché è stata ritenuta bassa la probabilità che l'amministrativo possa individualmente forzare il sistema senza che questo venga rilevato, stante: - l'acquisizione automatica dei dati stipendiali da CUP a Parcheggio ESTAR - i controlli incrociati effettuati tra i colleghi della SOS, la Posizione Organizzativa del settore ed i referenti ESTAR.													

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Conferimento incarichi ex art. 15 septies c.1 e c.2 D.Lgs 502/92
Area di rischio:	Incarichi e nomine
Processi connessi:	
Codice:	RISUMA007
DIR:	Arianna Tognini
Struttura del DIR:	Dipartimento Risorse umane
RESP:	Occhiolini Ginevra
Struttura del RESP:	SOSD Assunzioni e rapporti con ESTAR
Data di aggiornamento:	14/02/2022

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clients
Direttore Generale	Richiesta conferimento incarico ex 15 septies D.Lgs. 502/92	Il processo gestisce le attività amministrative aziendali per il conferimento degli incarichi ex art. 15 septies c.1 e c.2 del D.Lgs 502/92	Delibera di nomina Contratto	Direttore Generale Incaricato Direttore del dipartimento richiedente

2 – ANALISI DEL PROCESSO																				
RISUMAO07 - Conferimento incarichi ex art. 15 septies c.1 e c.2 D.Lgs 502/92 - 14/02/2022																				
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT				
1	Richiesta conferimento incarico ex 15 septies D.Lgs. 502/92	Il Direttore generale inoltra alla SOSD Assunzioni e rapporti con Estar la richiesta redatta dal Direttore del Dipartimento interessato all'avvio della procedura per il conferimento di un incarico ex 15 septies D.Lgs. 502/92, nella quale sono indicati i requisiti generali: a) Missioni della struttura; b) Obiettivi specifici; c) Risultati attesi; d) Requisiti specifici di partecipazione (indicando fra l'altro i titoli preferenziali).	Personale SOSD Assunzioni e rapporti con Estar	D.Lgs. 502/92 Regolamento ESTAR per lo svolgimento di procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale per le Az. Sanitarie e gli enti del SS della RT (delibera DG ESTAR n. 549 del 2/11/2021)	La richiesta potrebbe contenere requisiti o troppo dettagliati tali da pregiudicare all'origine il processo per favorire un candidato.	Conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché si utilizzano bandi standard di ESTAR. Inoltre è previsto un controllo esterno da parte di ESTAR sulla richiesta, essendo l'Ente che emette l'avviso.												
2	Verifica del rispetto dei limiti percentuali previsti dalla normativa per i commi 1 e 2	Il personale della SOSD verifica che l'assunzione richiesta non superi il limite previsto dal D.Lgs 502/92 per l'attribuzione di incarichi ex 15 septies	Personale SOSD Assunzioni e rapporti con Estar	D.Lgs. 502/92	Nessuno															
3	Predisposizione delibera D.G.	Sulla base dei requisiti indicati dal Direttore di Dipartimento viene predisposta la delibera per l'attivazione della procedura selettiva 15 septies co 1-2.	Personale SOSD Assunzioni e rapporti con Estar	D.Lgs. 502/92	Nessuno															
4	Invio richiesta dell'attivazione procedura a Estar	Il personale della SOSD acquisisce e invia la nota di richiesta del D.G AUSLTC al D.G. di Estar perché venga attivata la procedura selettiva 15 septies co. 1-2.	Personale SOSD Assunzioni e rapporti con Estar	D.Lgs. 502/92	Nessuno															
5	Presa d'atto degli esiti	La procedura di selezione è gestita da Estar che emette il bando e nomina la Commissione. Estar trasmette al Dipartimento Risorse Umane i verbali della selezione e l'elenco degli idonei. La SOSD Assunzioni e Rapporti con Estar trasmette il tutto al Direttore Generale che, tra gli idonei, individua il candidato al quale conferire l'incarico.	Personale SOSD Assunzioni e rapporti con Estar	D.Lgs. 502/92 Regolamento ESTAR per lo svolgimento di procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale per le Az. Sanitarie e gli enti del SS della RT (delibera DG ESTAR n. 549 del 2/11/2021)	Nessuno															
6	Stipula del contratto	Il personale della SOSD, preso atto della decisione del D.G., predispone la delibera di nomina del candidato prescelto e, una volta adottata, provvede alla stipula del contratto di lavoro e trasmette la delibera inerente ad ESTAR perché venga pubblicato l'esito della procedura	Personale SOSD Assunzioni e rapporti con Estar	D.Lgs. 502/92	Nessuno															

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Controlli su strutture accreditate (Ricoveri)
Area di rischio:	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
Processi connessi:	
Codice:	STAFDSD001
DIR:	Roberto Biagini
Struttura del DIR:	Staff Direzione Sanitaria
RESP:	Felicia Zaccardi
Struttura del RESP:	SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate
Data di aggiornamento:	28/10/21

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Sanitaria Aziendale	Risultanze dei dati relativi a flusso SDO. Dati su eventuali criticità rilevate dagli uffici URP dell'AUSL. Dati sul volume economico relativo ai tetti annuali deliberati per le strutture private in convenzione.	Verificare l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero erogate dalla Case di Cura private in convenzione con Ausl Toscana Centro con particolare attenzione all'appropriatezza del ricovero e del setting assistenziale, alla durata della degenza, alla corretta codifica della scheda di dimissione ospedaliera.	Verbali dei controlli effettuati	Direzione Sanitaria Aziendale e Direzione Amministrativa

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
STAFDS001 - Controlli su strutture accreditate (Ricoveri) - 28/10/2021																					
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 – Valutazione dei rischi						2.3 – Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Predisposizione del Piano dei Controlli	Le verifiche vengono effettuate su tutte le strutture private accreditate che erogano attività di ricovero ospedaliero (flusso sdo) sulla base di quanto predisposto dalla Regione Toscana (DGR 19401/2020) ed eventuali criticità rilevate dagli uffici URP dell'AUSL e dalla Direzione Aziendale. In merito al conflitto di interessi vedasi quanto riportato nella procedura aziendale PA-STDS-02	Direttore della SOS Collaboratori della SOS	Procedura Aziendale PA-STDS-02, Legge 41/1990, DPR 62/2013, Delibera Regione Toscana n. 19401/2020.	Esiste il rischio che la selezione dei soggetti da sottoporre a controllo sia condizionata al fine di creare una situazione di vantaggio o svantaggio per alcune strutture vigilate.	Mancanza di regolamentazione	Basso														
					Esiste il rischio di conflitti di interesse per i soggetti che partecipano alla stesura e all'approvazione del Piano, che potrebbero condizionare l'esito del procedimento e favorire o sfavorire alcune strutture soggette a vigilanza	Presenza di conflitti di interessi	Medio										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi rilasciate / N° di soggetti coinvolti nella stesura del Piano dei controlli	100%	RESP	Annualmente entro il 31/12
2	Acquisizione e controllo della documentazione	La commissione formata dal Direttore della SOS e uno più collaboratori della SOS si recano presso la struttura sanitaria accreditata per esaminare la cartella clinica da sottoporre a controllo. I soggetti incaricati effettuano il controllo delle cartelle cliniche dei ricoveri con particolare attenzione all'appropriatezza del ricovero e del setting assistenziale, alla durata della degenza, alla corretta codifica della scheda di dimissione ospedaliera. In merito al conflitto di interessi vedasi quanto riportato nella procedura aziendale PA-STDS-02	Direttore della SOS Dipendenti della SOS Altri soggetti aziendali competenti in materia	Procedura Aziendale PA-STDS-02, Legge 41/1990, DPR 62/2013, Delibera Regione Toscana n. 19401/2020.	Esiste il rischio di conflitti di interesse per i membri del gruppo di controllo che potrebbero condizionare l'esito del procedimento e favorire o sfavorire alcune strutture soggette a vigilanza	Presenza di conflitti di interessi	Medio														
					Esiste il rischio di conflitti di interesse per i membri del gruppo di controllo che potrebbero condizionare l'esito del procedimento e favorire o sfavorire alcune strutture soggette a vigilanza	Presenza di conflitti di interessi	Medio										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi rilasciate / N° di soggetti coinvolti nella stesura del Piano dei controlli	100%	RESP	Annualmente entro il 31/12
3	Rendicontazione	I soggetti incaricati del controllo redigono un verbale contenente gli esiti che poi inviano alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa per gli opportuni provvedimenti	Direttore della SOS o suo delegato	Procedura Aziendale PA-STDS-02, Legge 41/1990, DPR 62/2013, Delibera Regione Toscana n. 19401/2020.	Nessuno																

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Controlli su strutture accreditate (Ambulatoriale)
Area di rischio:	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
Processi connessi:	
Codice:	STAFDSD002
DIR:	Roberto Biagini
Struttura del DIR:	Staff Direzione Sanitaria
RESP:	Felicia Zaccardi
Struttura del RESP:	SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate
Data di aggiornamento:	28/10/21

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Sanitaria Aziendale	Risultanze dei dati relativi al flusso SPA: prestazioni ambulatoriali. Dati su eventuali criticità rilevate dagli uffici URP dell'AUSL, nonché quelle giunte direttamente alla Direzione Aziendale. Dati sul volume economico relativo ai tetti annuali deliberati per le strutture private in convenzione.	Verificare l'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali erogate dalla Case di Cura private in convenzione con Ausl Toscana Centro attraverso l'analisi dei requisiti di qualità stabiliti dai referenti clinici aziendali, sulla base delle evidenze riportate in letteratura. Verificare il rispetto delle misure legate all'emergenza sanitaria Covid 19.	Verbali dei controlli effettuati	Direzione Sanitaria Aziendale Direzione Amministrativa

2 – ANALISI DEL PROCESSO																				
STAFSD002 - Controlli su strutture accreditate (Ambulatoriale) - 28/10/2021																				
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 - Valutazione dei rischi					2.3 - Trattamento del rischio										
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura							Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT				
1	Predisposizione dei Controlli	Le verifiche di qualità delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture private in convenzione con Ausl Toscana Centro verranno effettuate sulla base delle richieste della Direzione Sanitaria Aziendale, di eventuali criticità rilevate dagli uffici Urp e/o dagli uffici Ausl deputati al controllo dei volumi economici dei tetti deliberati per il privato accreditato.	Direttore della SOS Collaboratori della SOS	Procedura Aziendale PA-STDS-02, riferimenti normativi: Legge 41/1990, DPR 62/2013	Esiste il rischio che la selezione dei soggetti da sottoporre a controllo sia condizionata al fine di creare una situazione di vantaggio o svantaggio per alcune strutture vigilate	Mancanza di regolamentazione	Basso													
					Esiste il rischio di conflitti di interesse per i soggetti che partecipano alla stesura e all'approvazione del Piano, che potrebbero condizionare l'esito del procedimento e favorire o sfavorire alcune strutture soggette a vigilanza	Presenza di conflitti di interessi	Medio	Il rischio è stato considerato medio perché sussiste una moderata probabilità e un livello medio di impatto reputazionale ed economico.	Tutti i soggetti coinvolti nell'attività di controllo devono rilasciare annualmente una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto alle strutture sottoposte a controllo.								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi rilasciate / N° di soggetti coinvolti nella stesura del Piano dei controlli	100%	RESP
2	Modalità di effettuazione delle verifiche	Le verifiche verranno effettuate dal Direttore della SOS VQPE ed uno o più collaboratori aziendali, che si recheranno presso gli ambulatori per valutare le modalità di erogazione della prestazione, i percorsi dell'utente, la qualità dei referti. Al termine della verifica verrà redatto un verbale contenente le risultanze delle verifiche effettuate ed eventuali miglioramenti richiesti. Il verbale verrà poi inviato alla Direzione Sanitaria Aziendale. In merito al conflitto di interessi vedasi quanto riportato nella procedura aziendale PA-STDS-02	Direttore della SOS Collaboratori della SOS	Procedura Aziendale PA-STDS-02, riferimenti normativi: Legge 41/1990, DPR 62/2013	Esiste il rischio di conflitti di interesse per i membri del gruppo di controllo che potrebbero condizionare l'esito del procedimento e favorire o sfavorire alcune strutture soggette a vigilanza.	Presenza di conflitti di interessi	Medio	Il rischio è stato considerato medio perché sussiste una moderata probabilità e un livello medio di impatto reputazionale ed economico.	Tutti i soggetti coinvolti nelle attività di controllo devono rilasciare annualmente una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto alle strutture sottoposte a controllo.											
						Presenza di conflitti di interessi	Medio	Il rischio è stato considerato medio perché sussiste una moderata probabilità e un livello medio di impatto reputazionale ed economico.	Tutti i soggetti coinvolti nelle attività di controllo devono rilasciare annualmente una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto alle strutture sottoposte a controllo.							X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi rilasciate / N° di soggetti coinvolti nella stesura del Piano dei controlli	100%	RESP	Annualmente entro il 31/12
3	Rendicontazione	I soggetti incaricati redigono un verbale contenente gli esiti del controllo che poi inviano alla Struttura in convenzione, alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa per gli opportuni provvedimenti, se dovuti.	Il verbale è redatto dal Direttore della struttura o suo delegato.	Procedura Aziendale PA-STDS-02, riferimenti normativi: Legge 41/1990, DPR 62/2013	Nessuno															

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

Nome del processo:	Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit)
Area di rischio:	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
Processi connessi:	
Codice:	STAFDSD003
DIR:	Roberto Biagini
Struttura del DIR:	Staff Direzione Sanitaria
RESP:	Piero Luigi Perruccio
Struttura del RESP:	SOS Etica e cura
Data di aggiornamento:	15/12/21

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Promotore (es. Aziende farmaceutiche, Produttori dispositivi medici, etc.)	Lettera di intenti	Gestire l'iter delle sperimentazioni cliniche (Profit e No Profit)	CRF contenente i risultati dello studio	Promotore (es. Aziende farmaceutiche, Produttori dispositivi medici, etc.)

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Direzione Amministrativa	SOS Anticorruzione e Trasparenza	31/01	15gg dalla esecutività delibera e comunque non oltre il 15/02 salvo proroghe ANAC
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dall'entrata in vigore
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse NOTA: Obbligo di pubblicazione dei Regolamenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dall'approvazione
				Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse NOTA: Obbligo di pubblicazione degli Atti di organizzazione					
				Documenti di programmazione strategico-gestionale					
			Statuti e leggi regionali	Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile
Codice disciplinare e codice di	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a	Tempestivo	Direzione Generale	Ufficio Procedimenti Disciplinari	Non applicabile	15gg dalla esecutività delibera		

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo					Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
		Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	condotta	tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOS Anticorruzione e Trasparenza	Non applicabile	15gg dalla esecutività delibera
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOS Anticorruzione e Trasparenza	Non applicabile	Non applicabile
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dalla esecutività delibera
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dalla esecutività delibera
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dalla esecutività delibera
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Non applicabile	Bimestrale
				Elenco completo dei numeri di telefono, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali NOTA: L'obbligo per l'URP si riferisce solo all'elenco dei numeri telefonici					
						Risorse Umane	SOS Assunzioni e Rapporti con ESTAR		
						Direzione Amministrativa	Direzione Amministrativa		

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	<p>Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato</p> <p>Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo; 2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali; 3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato.</p> <p>Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica).</p> <p>Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.</p>	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Amministrativa	SOC Affari Legali e Avvocatura	Non applicabile	3 mesi dal conferimento dell'incarico
						Da definire in base a Perla PA	Da definire in base a Perla PA		

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo					Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (DG/DA/DS/DSS)		Art. 15, c. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 Art. 41, c 2 e 3, d.lgs. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice	Atti di conferimento dell'incarico di Direttore Generale (tramite link alla pagina corrispondente del sito di Regione Toscana), Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore dei Servizi Sociali Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo; 2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali; (VEDI NOTA IN COLONNA AC) 3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato. Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse. (VEDI NOTA IN COLONNA AC)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Non applicabile	3 mesi dal conferimento dell'incarico
		Art. 20, c. 3, d.Lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Non applicabile	15gg dal conferimento dell'incarico
		Art. 20, c. 3, d.Lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Non applicabile	31/12
		Art. 41, c 2, d.lgs. 33/2013		Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Non applicabile	15gg dalle modifiche intervenute
		Art. 41, c 2, d.lgs. 33/2013		Bandi e avvisi di selezione e svolgimento delle relative procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Non applicabile	15gg dalla esecutività delibera

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo					Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Art. 15, c. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 Art. 41, c 2 e 3, d.lgs. 33/2013	Incarichi di Direttore di Dipartimento, di Struttura Semplice e Complessa (da pubblicare in tabelle) I dati da pubblicare sono riportati nella tabella allegata	Atti di conferimento dell'incarico di Direttore di Dipartimento, di Struttura Complessa o Semplice con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo; 2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali; 3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato. NOTA: per attività professionali, ai sensi del comma 1, lettera c) dell'art. 15 D.Lgs 33/2013, si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali SOS Attività Libero Professionale	Non applicabile	3 mesi dal conferimento dell'incarico
		Art. 41, c 2, d.lgs. 33/2013		Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Non applicabile	15gg dalle modifiche intervenute
		Art. 41, c 2, d.lgs. 33/2013		Bandi e avvisi di selezione e svolgimento delle relative procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Non applicabile	15gg dalla esecutività delibera?
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Non applicabile	15gg dalle modifiche intervenute

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
Personale	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Non applicabile	15gg dalla esecutività delibera
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	30/04	15/05
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	30/04	15/05
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	30/04	15/05
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Trimestrale	15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla fine del trimestre
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Gestione Risorse Umane	Trimestrale	15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla fine del trimestre

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo					Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Procedure amministrative del personale	Non applicabile	15gg dal conferimento dell'incarico
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Non applicabile	Non applicabile perché si rimanda al portale ARAN
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Non applicabile	15gg dalla disponibilità del documento
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	30/04	15/05
OIV		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Triennale	15gg dal conferimento dell'incarico
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Triennale	15gg dal conferimento dell'incarico
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Triennale	15gg dal conferimento dell'incarico

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo					Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOS Assunzioni e Rapporti con ESTAR	Non applicabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direzione Sanitaria	SOC Pianificazione e valutazione servizi sanitari aziendali	Annuale	Annuale
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Sanitaria	SOC Pianificazione e valutazione servizi sanitari aziendali	Entro il 31/01	Entro il 31/01
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Sanitaria	SOC Pianificazione e valutazione servizi sanitari aziendali	Entro il 30/06	Entro il 30/06
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) In fase di approfondimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) In fase di approfondimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteria definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) In fase di approfondimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) In fase di approfondimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo					Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane	SOC Politiche e Relazioni Sindacali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) In fase di approfondimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), c. 2, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	<p>Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate</p> <p>Per ciascuno degli enti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ragione sociale 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione 3) durata dell'impegno 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio) 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari 7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio) <p>Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente) Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati</p>	<p>Per le dichiarazioni inconferibilità e incompatibilità: Tempestivo (art. 20, c.1-2, d.lgs. 39/2013)</p> <p>Per gli altri obblighi: Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p>	Area Tecnica	SOC Patrimonio	Entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento (art. 20, comma 1, del D.lgs 175/2016)	15 gg dall'adozione della Delibera

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
		Art. 22, c. 1, lett. b), c. 2, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	<p>Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>Per ciascuna delle società:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ragione sociale 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione 3) durata dell'impegno 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari 7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo <p>Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente) Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate</p>	<p>Per le dichiarazioni inconferibilità e incompatibilità: Tempestivo (art. 20, c.1-2, d.lgs. 39/2013)</p> <p>Per gli altri obblighi: Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p>	Area Tecnica	SOC Patrimonio	Entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento (art. 20, comma 1, del D.lgs 175/2016)	15 gg dall'adozione della Delibera

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	SOC Patrimonio	Entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento (art. 20, comma 1, del D.lgs 175/2016)	15 gg dall'adozione della Delibera
				Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	SOC Patrimonio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) In fase di approfondimento	Entro 30 giorni dall'adozione e del provvedimento
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	SOC Patrimonio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) In fase di approfondimento	Entro 30 giorni dall'adozione e del provvedimento

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo					Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), c. 2, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	<p>Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate</p> <p>Per ciascuno degli enti: 1) ragione sociale 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione 3) durata dell'impegno 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari 7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente) Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati</p>	<p>Per le dichiarazioni inconferibilità e incompatibilità: Tempestivo (art. 20, c.1-2, d.lgs. 39/2013)</p> <p>Per gli altri obblighi: Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p>	Area Tecnica	SOC Patrimonio	Entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento (art. 20, comma 1, del D.lgs 175/2016)	15 gg dall'adozione della Delibera
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	SOC Patrimonio	Entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento (art. 20, comma 1, del D.lgs 175/2016)	15 gg dall'adozione della Delibera
						Direzione Amministrativa	SOC Acquisizione beni e servizi		
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Legali e Avvocatura		

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
Attività e Procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a)-m), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 29, l. 190/2012	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	<p>Per ciascuna tipologia di procedimento:</p> <p>1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili</p> <p>2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria</p> <p>3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale</p> <p>4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale</p> <p>5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano</p> <p>6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante</p> <p>7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione</p> <p>8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli</p> <p>9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione</p> <p>10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento</p> <p>11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale</p> <p>Per i procedimenti di istanza di parte:</p> <p>1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni</p> <p>2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze</p>	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Amministrativa	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Non applicabile	15gg dalla modifica dei dati del procedimento
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali		
						Risorse Umane	Tutte le Strutture del Dipartimento		
						Area Tecnica	Tutte le Strutture del Dipartimento		
						Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	Tutte le Strutture del Dipartimento		

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
						Decentramento	Tutte le strutture amministrative		
						Prevenzione	Tutte le strutture amministrative		
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dalla modifica dei dati del procedimento
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Semestrale	15gg dal termine del semestre
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Semestrale	15gg dal termine del semestre
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali		

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Codice Identificativo Gara (CIG) Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	Direzione Amministrativa Direzione Amministrativa Direzione Amministrativa Risorse Umane Area Tecnica	SOC Acquisizione beni e servizi SOC Affari Legali e Avvocatura SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni Area Amministrazione del Personale Tutte le Strutture del Dipartimento Area Tecnica	Mensile	15gg dall'aggiornamento dei dati

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare		Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)			Decentramento	Tutte le Strutture del Dipartimento del Decentramento		
		Direzione Generale				SOC Organizzazione e progetti tecnologici			
		ESTAR				ESTAR			
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	31/01	31/01
	Direzione Amministrativa					SOC Acquisizione beni e servizi			
	Direzione Amministrativa					SOC Affari Legali e Avvocatura			
						Risorse Umane	Area Amministrazione del Personale		

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
		delib. Anac n. 39/2016		che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	190/2012)	Direzione Amministrativa	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni		
						Area Tecnica	Tutte le Strutture del Dipartimento Area Tecnica		
						Decentramento	Tutte le Strutture del Dipartimento del Decentramento		
						Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici		
						ESTAR	progetti tecnologici		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOC Acquisizione beni e servizi	Annuale	15gg dalla esecutività delibera
						Area Tecnica	SOC programmazione investimenti sul patrimonio		
						ESTAR	ESTAR		
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Acquisizione beni e servizi	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Legali e Avvocatura	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Risorse Umane	Area Amministrazione del Personale	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto

Art. 37, c. 1, lett.

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Area Tecnica	Tutte le Strutture del Dipartimento Area Tecnica	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Decentramento	Tutte le Strutture del Dipartimento del Decentramento	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						ESTAR	progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Acquisizione beni e servizi	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Legali e Avvocatura	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Risorse Umane	Area Amministrazione del Personale	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Area Tecnica	Tutte le Strutture del Dipartimento Area Tecnica	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Decentramento	Tutte le Strutture del Dipartimento del Decentramento	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione	
						Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
						ESTAR	progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)		Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
							Direzione Amministrativa	SOC Acquisizione beni e servizi	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
							Direzione Amministrativa	SOC Affari Legali e Avvocatura	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
							Direzione Amministrativa	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
							Risorse Umane	Area Amministrazione del Personale	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
							Area Tecnica	Tutte le Strutture del Dipartimento Area Tecnica	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
							Decentramento	Tutte le Strutture del Dipartimento del Decentramento	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
							Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
Bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	ESTAR	progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Acquisizione beni e servizi	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Legali e Avvocatura	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Risorse Umane	Area Amministrazione del Personale	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Area Tecnica	Tutte le Strutture del Dipartimento Area Tecnica	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Decentramento	Tutte le Strutture del Dipartimento del Decentramento	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						ESTAR	progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Acquisizione beni e servizi	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Legali e Avvocatura	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Amministrativa	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo					Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Risorse Umane	Area Amministrazione del Personale	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
Area Tecnica						Tutte le Strutture del Dipartimento Area Tecnica	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
Decentramento						Tutte le Strutture del Dipartimento del Decentramento	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
Direzione Generale						SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
ESTAR						progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
Direzione Amministrativa						SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOC Acquisizione beni e servizi	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
Direzione Amministrativa						SOC Affari Legali e Avvocatura	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
Direzione Amministrativa						SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
Risorse Umane						Area Amministrazione del Personale	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
Area Tecnica						Tutte le Strutture del Dipartimento Area Tecnica	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
Decentramento						Tutte le Strutture del Dipartimento del Decentramento	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
						Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						ESTAR	progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
			Direzione Amministrativa			SOC Acquisizione beni e servizi	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
			Direzione Amministrativa			SOC Affari Legali e Avvocatura	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
			Direzione Amministrativa			SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
			Risorse Umane			Area Amministrazione del Personale	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
			Area Tecnica			Tutte le Strutture del Dipartimento Area Tecnica	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
			Decentramento			Tutte le Strutture del Dipartimento del Decentramento	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
			Direzione Generale			SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
						ESTAR	progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
	Direzione Amministrativa					SOC Acquisizione beni e servizi	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
	Direzione Amministrativa					SOC Affari Legali e Avvocatura	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
	Direzione Amministrativa					SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
	Risorse Umane					Area Amministrazione del Personale	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
	Area Tecnica					Tutte le Strutture del Dipartimento Area Tecnica	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
	Decentramento					Tutte le Strutture del Dipartimento del Decentramento	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
	Direzione Generale					SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
	ESTAR					progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
	Direzione Amministrativa					SOC Acquisizione beni e servizi	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
	Direzione Amministrativa					SOC Affari Legali e Avvocatura	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
	Direzione Amministrativa					SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	
	Risorse Umane					Area Amministrazione del Personale	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
		50/2016				Area Tecnica	Tutte le Strutture del Dipartimento Area Tecnica	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Decentramento	Tutte le Strutture del Dipartimento del Decentramento	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
						ESTAR	progetti tecnologici	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti. Norma abrogata: tale obbligo di pubblicazione era stato introdotto dal comma 505, art. 1, legge di stabilità 2016 , norma avente carattere speciale, che è stata abrogata dalla lett. ss-bis), comma 1, art. 217, decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici)	Tempestivo	N/A	N/A	Non applicabile	Non applicabile
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	31/01	15/02
						Direzione Amministrativa	SOC Acquisizione beni e servizi		
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Legali e Avvocatura		
						Direzione Amministrativa	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni		
						Risorse Umane	Area Amministrazione del Personale		

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
						Area Tecnica	Tutte le Strutture del Dipartimento Area Tecnica		
						Decentramento	Tutte le Strutture del Dipartimento del Decentramento		
						Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici		
						ESTAR	progetti tecnologici		
	Criteria e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteria e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Decentramento	SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Firenze - Empoli SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Prato - Pistoia SOC Servizi amministrativi alle strutture, alla Medicina Legale e alla Prevenzione	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 27, c. 1, lett. a-f, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario 2) importo del vantaggio economico corrisposto 3) norma o titolo a base dell'attribuzione 4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo 5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario 6) link al progetto selezionato 7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Decentramento	SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Firenze - Empoli SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Prato - Pistoia SOC Servizi amministrativi alle strutture, alla Medicina Legale e alla Prevenzione	Non applicabile	Tempestivo e comunque prima della liquidazione delle somme oggetto del provvedimento (Art.26 c. 3 DLgs 33/2013 e Delib. ANAC n.468/2021)

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo					Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
	Atti di concessione	Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Decentramento	SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Firenze - Empoli SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Prato - Pistoia SOC Servizi amministrativi alle strutture, alla Medicina Legale e alla Prevenzione	31/12	15/01
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche. NOTA: la scadenza al 31/12 per la presentazione del bilancio preventivo è stabilita dal D.Lgs. 118/2011 come comunicato con nota del 26/04/21 dal dr. Patruno	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	SOC Budget e Monitoraggio Costi	31/12	15/01
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo. NOTA: la scadenza al 31/12 per la presentazione del bilancio preventivo è stabilita dal D.Lgs. 118/2011 come comunicato con nota del 26/04/21 dal dr. Patruno	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	SOC Budget e Monitoraggio Costi	31/12	15/01
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche NOTA: la scadenza al 30/04 per la presentazione del bilancio consuntivo è stabilita dalla normativa nazionale come comunicato con nota del 27/04/21 dal dr. Campostrini	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	SOC Contabilità generale	30/04	15/05
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo. NOTA: la scadenza al 30/04 per la presentazione del bilancio consuntivo è stabilita dalla normativa nazionale come comunicato con nota del 27/04/21 dal dr. Campostrini	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	SOC Contabilità generale	30/04	15/05

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo					Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione Obbligo non applicabile in attesa dell'emanazione dei decreti attuativi da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, come indicato dall'art 18 - bis comma 4 del D. Lgs. 118/2011 .	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	SOC Contabilità generale	Da definire in attesa dell'emanazione dei decreti attuativi	Da definire in attesa dell'emanazione dei decreti attuativi
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	SOC Patrimonio	30/04	15/05
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	SOC Patrimonio	30/04	15/05
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	OIV	OIV	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV	OIV	Entro il 30/06	Entro il 30/06
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	OIV	OIV	Annuale	Annuale
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	OIV	OIV	Non applicabile	Entro 15 giorni dalla redazione dell'atto
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	31/12 30/04	15/01 30/04
Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dalla disponibilità del documento	
Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Decentramento	SOS URP e Tutela	Ogni 3/5 anni	Entro la scadenza della precedente Carta dei Servizi	

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOC Affari Legali e Avvocatura	Non applicabile	15gg dalla disponibilità del documento
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOC Affari Legali e Avvocatura	Non applicabile	15gg dalla disponibilità del documento
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOC Affari Legali e Avvocatura	Non applicabile	15gg dalla disponibilità del documento
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	SOC Contabilità analitica	31/05	Entro 15 gg dalla pubblicazione della Delibera Aziendale di adozione del Bilancio d'esercizio dell'anno di riferimento del modello LA
Servizi erogati				Criteri di formazione delle liste di attesa,	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Sanitaria	SOS Gestione privato accreditato e liste di attesa	Non applicabile	15 gg dall'adozione dell'atto

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo					Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6., d.lgs. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata (da pubblicare in tabelle)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria	Non applicabile	Entro 15 dalla pubblicazione del Report ARS o dall'estrazione ed elaborazione del dato.
						Decentramento	SOS CUP – Call Center		
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete. NOTA: Per quanto riguarda la soddisfazione dell'utenza l'obbligo è in carico alla Regione Toscana perchè gli applicativi sono regionali.	Tempestivo	Decentramento	SOS URP e Tutela	Non applicabile	Entro 30 giorni dalla scadenza del trimestre
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale	Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	SOC Fornitori	Trimestrale	15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla fine del trimestre

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo					Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
Pagamenti dell'Amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	SOC Fornitori	31/12	15/01
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	SOC Fornitori	Trimestrale	15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla fine del trimestre
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	SOC Fornitori	31/12	15/01
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	SOC Clienti	Tempestivo	15gg dall'aggiornamento dei dati
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	SOC Programmazione investimenti sul patrimonio	Non applicabile	15 gg dall'adozione dell'atto
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	Area Manutenzione e gestione investimenti Empoli - Firenze - Pistoia - Prato	Non applicabile	15 gg dall'adozione dell'atto
				Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	Area Manutenzione e gestione investimenti Empoli - Firenze - Pistoia - Prato	Non applicabile	15 gg dall'adozione dell'atto

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Prevenzione	Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro	Non applicabile	15gg dalla modifica dei dati pubblicati
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Prevenzione	Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro	Non applicabile	15gg dalla modifica dei dati pubblicati
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Prevenzione	Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro	Non applicabile	15gg dalla modifica dei dati pubblicati

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Prevenzione	Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro	Non applicabile	15gg dalla modifica dei dati pubblicati
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Prevenzione	Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro	Non applicabile	15gg dalla modifica dei dati pubblicati
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Prevenzione	Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro	Non applicabile	15gg dalla modifica dei dati pubblicati
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Prevenzione	Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro	Non applicabile	15gg dalla modifica dei dati pubblicati

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Prevenzione	Dipartimento Prevenzione	Competenza del Ministero	Competenza del Ministero
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Decentramento	SOC Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti privati	Competenza Regione Toscana	Competenza Regione Toscana
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Decentramento	SOC Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti privati	Non applicabile	15gg dall'approvazione
						Direzione Amministrativa	SOC Acquisizione beni e servizi		
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali		
						Direzione Amministrativa	SOC Affari Legali e Avvocatura		
						Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	Tutte le strutture del Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione		

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a-c), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	Tutte le Strutture del Dipartimento Area Tecnica	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
	Direzione Amministrativa					SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni			
	Decentramento					Tutte le Strutture del Dipartimento del Decentramento			
	Risorse Umane					Tutte le Strutture del Dipartimento Risorse Umane			
	Servizi Sociali					Tutte le Strutture del Dipartimento Servizi Sociali			
	Direzione Generale					SOC Organizzazione e progetti tecnologici			
	Prevenzione					progetti tecnologici			

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo						Responsabilità		Scadenze	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
						Direzione Generale	Tutte le strutture dello Staff Direzione Generale		
						Direzione Sanitaria	Tutte le strutture dello Staff Direzione Sanitaria		
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Direzione Amministrativa	SOS Anticorruzione e Trasparenza	31/01	15gg dalla esecutività delibera e comunque non oltre il 15/02 salvo proroghe ANAC
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOS Anticorruzione e Trasparenza	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOS Anticorruzione e Trasparenza	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Direzione Amministrativa	SOS Anticorruzione e Trasparenza	Come stabilito con delibera ANAC	Come stabilito con delibera ANAC
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOS Anticorruzione e Trasparenza	Non applicabile	15gg dal provvedimento
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOS Anticorruzione e Trasparenza	Non applicabile	15gg dall'atto
	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOS Anticorruzione e Trasparenza	Non applicabile	15gg dalla modifica delle informazioni
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Non applicabile	15gg dalla modifica delle informazioni
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale (Trimestrale per Regolamento aziendale)	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	Semestrale	15gg dalla scadenza del semestre

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Descrizione dell'obbligo					Responsabilità		Scadenze		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC	Dipartimento/ Staff	Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione	Scadenza per la produzione del dato, documento o informazione prevista dalla normativa	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	ESTAR	ESTAR	Non applicabile	15gg dalla modifica delle informazioni
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Direzione Amministrativa	SOC Affari Generali	31/12	15/01
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Direzione Generale	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Obiettivi di accessibilità 31/03 Stato di attuazione 31/12	Obiettivi di accessibilità 15/04 Stato di attuazione 15/01
	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012 art. 4 DPCM 25/9/2014	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati amministrazione trasparente pubblicati fino al 23/12/2016	Annuale	Direzione Amministrativa	SOS Anticorruzione e Trasparenza	24/12/2016	24/12/2016
				Autovetture di servizio	Annuale (art. 4 DPCM 25/9/2014)	Area Tecnica	SOC Programmazione investimenti sul patrimonio	31/12	15/01
				Legge 8 marzo 2017 n. 24	Tempestivo	Direzione Amministrativa	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	31/12	15/01

**ALLEGATO 3 – PA.DA.03 PROCEDURA PER LA
GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE**

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione	PA.DA.03	0	1 di 8

Procedura per la gestione del rischio corruzione

Data	Redazione	Verifica	Approvazione
13/04/2022	Referente gruppo di redazione Dr.ssa Lucia Carlini	Processo Direttore SOS Anticorruzione e trasparenza Dr.ssa Lucia Carlini SGQ Direttore f.f. SOC Governance Clinico Assistenziale Mauro Romilio	Direttore Amministrativo Lorenzo Pescini

Gruppo di redazione

- Dr.ssa Lucia Carlini
- Ing. Gianluca Nappo
- Dr.ssa Benedetta Ninci
- Dr.ssa Mariacristina Casini

Supporto metodologico: Dr. Marco Brogi, dir. Medico SOC Governance Clinico Assistenziale

Parole chiave: Anticorruzione, gestione del rischio, monitoraggio, corruzione, prevenzione.

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione	PA.DA.03	0	2 di 8

Indice generale

1	Premessa	2
2	Scopo/Obiettivi.....	3
3	Campo di applicazione.....	3
4	Glossario e Definizioni	3
5	Responsabilità e descrizione delle attività	3
.5.1	Mappatura dei processi	3
.5.1.1	Identificazione dei processi	4
.5.1.2	Descrizione e rappresentazione	4
.5.2	Valutazione dei rischi.....	4
.5.2.1	Identificazione dei rischi	4
.5.2.2	Analisi dei rischi.....	4
.5.2.3	Ponderazione dei rischi.....	5
.5.3	Trattamento dei rischi.....	5
.5.3.1	Individuazione delle misure.....	5
.5.3.2	Programmazione delle misure.....	5
.5.4	Approvazione finale, consultazione e pubblicazione	5
.5.5	Monitoraggio e controllo.....	6
6	Diagramma di flusso	7
7	Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione.....	8
8	Monitoraggio e controllo.....	8
9	Strumenti / RegISTRAZIONI	8
10	Revisione	8
11	Allegati	8
12	Riferimenti	8
13	Indice delle revisioni.....	8
14	Lista di diffusione.....	8

1 Premessa

Il sistema di prevenzione della corruzione, introdotto nel nostro ordinamento dalla legge 190/2012, impone a tutte le pubbliche amministrazioni di predisporre, entro il 31 gennaio di ogni anno, un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (**PTPCT/PIAO**) che fornisca una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indichi gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio (art. 1, co. 5, l. 190/2012).

In conformità alle prescrizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), l'Azienda USL Toscana Centro ha implementato un processo di gestione del rischio corruzione che si articola nelle seguenti fasi:

- Analisi del contesto: esterno e interno;
- Valutazione del rischio: Identificazione, analisi e ponderazione del rischio;
- Trattamento del rischio: identificazione e programmazione delle misure;
- Monitoraggio e controllo sull'attuazione delle misure.

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione	PA.DA.03	0	3 di 8

2 Scopo/Obiettivi

Lo scopo della presente procedura è di regolamentare le attività del processo di gestione del rischio corruzione svolte a livello aziendale, in conformità alle indicazioni contenute nel PNA e nel PTPCT/PIAO.

3 Campo di applicazione

Il presente documento si applica a tutti i processi della Azienda USL Toscana Centro.

4 Glossario e Definizioni

Processo insieme di attività in rapporto di relazione reciproca che creano valore trasformando delle risorse iniziali (input) in un prodotto finale (output) destinato ad un soggetto interno o esterno all'Azienda (cliente)

ANAC Autorità Nazionale Anticorruzione

AUSLTC Azienda USL Toscana Centro

PNA Piano Nazionale Anticorruzione

PTPCT Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

PIAO Piano Integrato di Attività e Organizzazione

RPCT Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

GDL Gruppo di lavoro a supporto del RPCT formato dal personale afferente la struttura SOS Anticorruzione e trasparenza

RESP Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice

DIR Direttore di Staff o di Dipartimento. il RESP ricopre anche il ruolo di DIR nel caso in cui la sua struttura non sia inserita in uno Staff o in un Dipartimento.

REF Referenti del RPCT

5 Responsabilità e descrizione delle attività

I **DIR** e i **RESP**, ai sensi dell'art. 16, comma 1 del D.Lgs. 165/2001, attuano tutte le attività previste dalla presente procedura, forniscono tutte le informazioni per l'individuazione dei rischi di corruzione e formulano proposte volte alla prevenzione dei medesimi rischi.

I **REF** supportano i **DIR** e i **RESP** nello svolgimento di tutte le attività descritte nella presente procedura informando costantemente il **RPCT** sull'andamento dei lavori e sulle eventuali criticità riscontrate.

Il **RPCT** coordina tutte le attività previste dalla presente procedura e fornisce il proprio supporto anche attraverso il **GDL**.

Il **GDL** supporta il **RPCT** nell'attuazione di tutte le attività previste dalla presente procedura.

I dipendenti, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 62/2013, garantiscono la loro collaborazione allo svolgimento di tutte le attività previste dalla presente procedura.

Le fasi di mappatura dei processi (par. 5.1), valutazione dei rischi (par. 5.2), trattamento dei rischi (par. 5.3), approvazione finale, consultazione e pubblicazione (par. 5.4), devono essere ripetute nel caso in cui, anche in seguito a monitoraggio, siano state rilevate modifiche sostanziali nell'organizzazione, nella struttura dei processi, nei rischi presenti o del livello di esposizione correlato, oppure, sia necessario effettuare un aggiornamento delle misure di prevenzione.

.5.1 Mappatura dei processi

La mappatura, attraverso le fasi di identificazione, descrizione e rappresentazione, consente di individuare le vulnerabilità presenti nei processi e, quindi, i rischi di corruzione che richiedono idonee misure di prevenzione.

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione	PA.DA.03	0	4 di 8

.5.1.1 Identificazione dei processi

L'identificazione dei processi ha lo scopo di individuare l'elenco completo dei processi aziendali.

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, individuano e mantengono aggiornato l'elenco di tutti i processi che si svolgono all'interno delle strutture di loro competenza.

Per l'identificazione dei processi si può partire dall'analisi della documentazione esistente (organigramma, funzionigramma, job description, regolamenti, etc.), dal catalogo aziendale dei procedimenti amministrativi/PAC (avendo cura di aggregarli in un unico processo nel caso in cui siano finalizzati alla realizzazione di un medesimo risultato) o dall'analisi di processi analoghi svolti in altre ASL/AO o Enti similari.

L'elenco dei processi identificati e i successivi aggiornamenti devono essere trasmessi tempestivamente all'**RPCT** compilando la scheda "**1 - Elenco dei processi**" dell'**Allegato I**.

.5.1.2 Descrizione e rappresentazione

La descrizione e la rappresentazione di un processo consente di identificare più agevolmente le criticità presenti in funzione delle modalità di svolgimento, al fine di inserire i necessari correttivi. Infatti, solo analizzando nel dettaglio le singole attività è possibile individuare quelle vulnerabilità che potrebbero favorire il verificarsi di un evento corruttivo.

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, descrivono e rappresentano i processi di competenza, secondo le priorità eventualmente individuate con l'**RPCT**, compilando tutti i campi della scheda "**1 - Descrizione del processo**" e della sezione "**2.1 - Descrizione delle attività**" dell'**Allegato II**.

.5.2 Valutazione dei rischi

La valutazione dei rischi ha lo scopo di identificare, analizzare e ponderare i rischi di corruzione presenti nei processi che possono minare il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa, al fine di individuare le priorità di intervento e le misure di prevenzione.

.5.2.1 Identificazione dei rischi

L'identificazione dei rischi ha lo scopo di individuare tutti gli eventi rischiosi che, anche ipoteticamente, potrebbero verificarsi all'interno di ciascuna attività del processo. Se un evento rischioso non viene correttamente identificato non potrà essere adeguatamente trattato.

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, individuano i rischi di corruzione per ciascuna attività del processo riportandoli nella colonna "**Rischi di corruzione**" della sezione "**2.2 - Valutazione dei rischi**" dell'**Allegato II**.

E' opportuno prendere in considerazione tutte le possibili fonti informative quali ad esempio:

- Le risultanze dell'analisi del contesto interno/esterno e la mappatura di processi effettuata anche da altre amministrazioni;
- Eventuali casi giudiziari o episodi di corruzione/cattiva gestione accaduti anche in altre amministrazioni;
- I risultati del monitoraggio svolto dal **RPCT** o da altre strutture di controllo;
- Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità;
- Le indicazioni fornite dall'**ANAC**.

.5.2.2 Analisi dei rischi

L'analisi ha lo scopo di individuare i fattori abilitanti che favoriscono il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, identificano per ciascun rischio i fattori abilitanti e li riportano nella colonna "**Fattori abilitanti**" della sezione "**2.2 - Valutazione dei rischi**" dell'**Allegato II**.

Nelle note contenute nella scheda, sono riportati alcuni esempi di fattori abilitanti che devono essere personalizzati in base alle esigenze.

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione	PA.DA.03	0	5 di 8

.5.2.3 Ponderazione dei rischi

Definire il livello di esposizione al rischio è importante per individuare i rischi sui quali intervenire in maniera prioritaria, con adeguate misure di prevenzione.

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, stimano il livello di esposizione di ciascun rischio utilizzando un approccio qualitativo basato sull'uso di criteri per la valutazione espressi sotto forma di indicatori di stima del livello di rischio (key risk indicators). Il valore assegnato a ciascun indicatore deve essere il più possibile supportato da evidenze oggettive (p.e. dati su precedenti giudiziari o disciplinari, segnalazioni pervenute, documentazione in possesso dell'Azienda, etc.).

Il livello di esposizione al rischio deve essere calcolato utilizzando la scheda di "**4 - Valutazione del livello di esposizione al rischio**" contenuta nell'**Allegato II**, riportando il valore finale nella colonna "**Livello di esposizione al rischio**" della sezione "**2.2 – Valutazione dei rischi**" dello stesso Allegato.

Nella colonna "**Motivazione del livello di esposizione**" della sezione "**2.2 – Valutazione dei rischi**" contenuta nell'**Allegato II**, inserire una breve giustificazione del livello di rischio assegnato sulla base degli indicatori utilizzati.

.5.3 Trattamento dei rischi

Il trattamento dei rischi ha lo scopo di individuare e programmare le misure più idonee a prevenire i rischi corruttivi. I rischi con livello di esposizione medio/alto devono essere obbligatoriamente sottoposti a trattamento.

.5.3.1 Individuazione delle misure

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, individuano per ciascun rischio le misure specifiche di prevenzione che devono rispondere ai seguenti requisiti:

- Essere integrate con misure e/o controlli specifici pre-esistenti allo scopo di evitare una stratificazione e l'appesantimento dell'attività amministrativa;
- Essere idonee a neutralizzare i fattori abilitanti e le criticità riscontrate nell'attività riducendo al massimo il rischio ad un livello residuo accettabile, nella consapevolezza che il rischio zero non esiste in quanto, anche in presenza di misure di prevenzione, la possibilità che si verifichino fenomeni corruttivi attraverso accordi collusivi tra due o più soggetti può sempre manifestarsi.
- Essere sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo;
- Essere adatte alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione;
- Essere graduate e programmate in funzione del livello di esposizione al rischio;
- Essere conformi alle indicazioni fornite dall'**ANAC**.

.5.3.2 Programmazione delle misure

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, programmano operativamente le misure specifiche di prevenzione, indicando:

- La tempistica di attuazione della misura e/o delle sue fasi in funzione del livello di rischio e delle risorse disponibili;
- I responsabili dell'attuazione della misura e/o delle sue fasi;
- Gli indicatori di monitoraggio e i relativi valori attesi.

La descrizione accurata di ciascuna misura specifica di prevenzione, la tipologia, gli indicatori, i target, il responsabile dell'attuazione e la scadenza programmata devono essere riportati nelle colonne corrispondenti della sezione "**2.3 - Trattamento del rischio**" dell'**Allegato II**.

.5.4 Approvazione finale, consultazione e pubblicazione

I **RESP** sottopongono i risultati dell'analisi dei processi ai **DIR** per l'approvazione, e poi li trasmettono al **RPCT**.

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione	PA.DA.03	0	6 di 8

Il **RPCT** può pubblicare i processi analizzati sul sito Amministrazione Trasparente allo scopo di raccogliere le eventuali osservazioni da parte dei soggetti interessati e valuta se sottoporli a revisione o inserirli nel catalogo dei processi del successivo **PTPCT/PIAO**.

.5.5 Monitoraggio e controllo

Il monitoraggio e il controllo permettono di verificare l'attuazione e l'idoneità delle misure specifiche di prevenzione e di apportare modifiche in caso di non conformità.

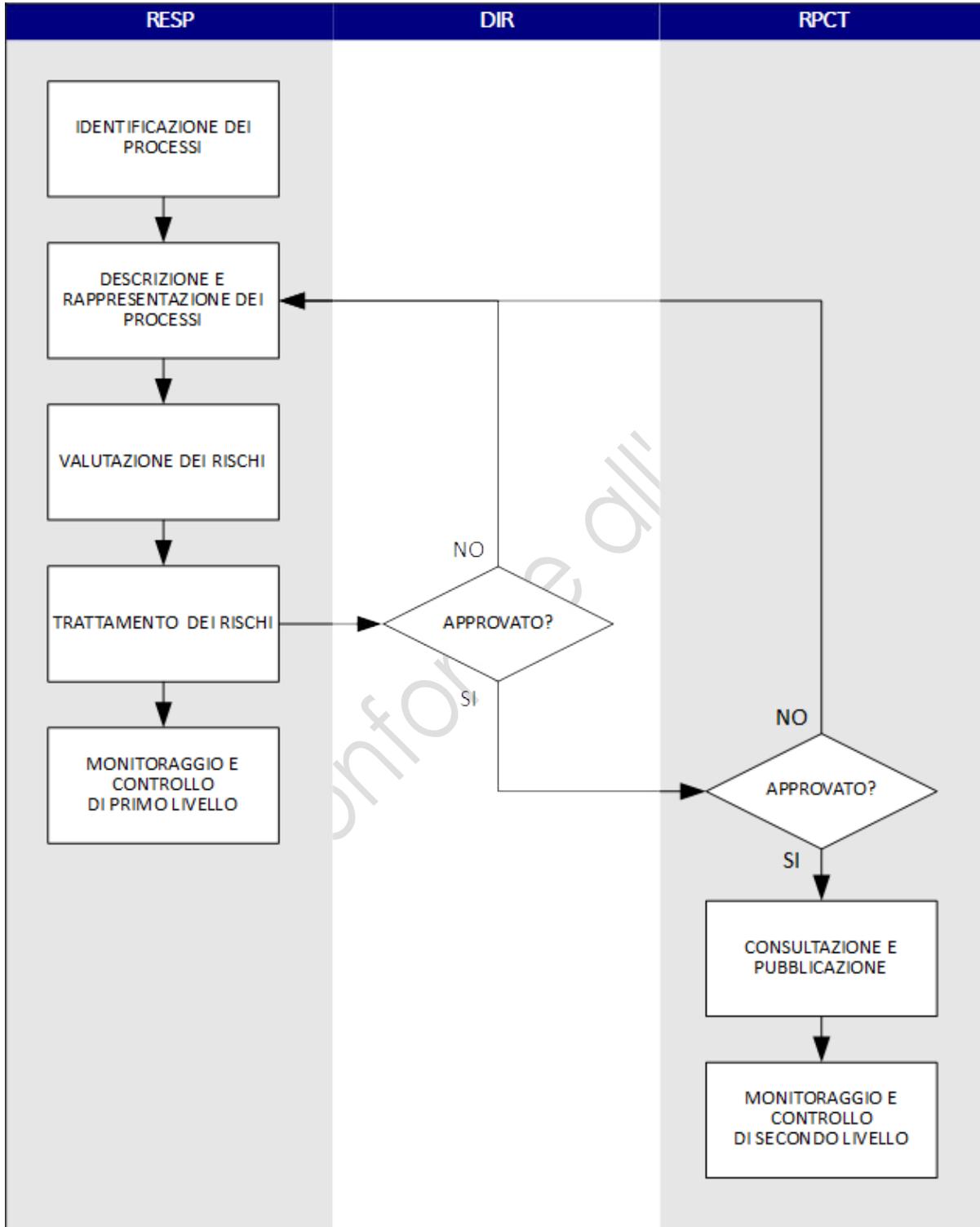
I **RESP** effettuano il costante monitoraggio e controllo di primo livello sull'attuazione delle misure di prevenzione specifiche di loro competenza, riferendo tempestivamente, con una nota al **RPCT**, sulle misure attuate, sulle non conformità riscontrate che non possono essere risolte in autonomia e sulle eventuali modifiche organizzative o procedurali che richiedono una revisione dell'analisi dei processi di competenza.

Il **RPCT**, con il supporto del **GDL** e dei **REF**, effettua il monitoraggio di secondo livello, con cadenza almeno semestrale, sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione specifiche previste nell'analisi dei processi, richiedendo ai **RESP** di relazionare sullo stato di attuazione delle stesse attraverso la compilazione, per ciascuna misura, di tutti i campi corrispondenti della scheda "**3 – Monitoraggio del processo**" dell'**Allegato II**, corredato della eventuale documentazione di supporto.

Il **RPCT**, con il supporto del **GDL** e dei **REF**, effettua il controllo a campione di secondo livello sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione specifiche, acquisendo dai **RESP** documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite audit. La priorità sarà data ai processi/attività con maggior livello di esposizione al rischio, non controllati di recente o per i quali siano pervenute delle segnalazioni di fatti corruttivi.

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione	PA.DA.03	0	7 di 8

6 Diagramma di flusso



	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione	PA.DA.03	0	8 di 8

7 Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione

Il responsabile della diffusione della presente procedura è il **RPCT** che la trasmette a tutti i soggetti coinvolti attraverso la pubblicazione del **PTPCT/PIAO**.

I destinatari hanno il compito di diffonderlo ai collaboratori delle strutture afferenti il proprio ambito di competenza.

La procedura approvata viene pubblicata in copia conforme sul Repository aziendale, Area Riservata, sezione "Gestione documenti" dal quale è consentita la consultazione ed il download.

L'originale e le relative revisioni sono a disposizione presso la Segreteria della Struttura emittente.

8 Monitoraggio e controllo

Il monitoraggio dell'applicazione della presente procedura è sotto la responsabilità del **RPCT**.

Nel caso in cui in corso di applicazione della presente procedura se ne rilevasse la necessità l'RPCT proporrà alla Direzione Aziendale le opportune azioni di miglioramento.

9 Strumenti / RegISTRAZIONI

Tutte le registrazioni sono archiviate nella cartella di lavoro condivisa della SOS Anticorruzione e Trasparenza.

10 Revisione

La revisione si effettua su motivazioni sostanziali, e comunque si consiglia ogni tre anni.

11 Allegati

- **Allegato I:** Elenco dei processi (fac simile del foglio excel);
- **Allegato II:** Descrizione e analisi del processo (fac simile del foglio excel).

12 Riferimenti

- Piano Nazionale Anticorruzione;
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza/Piano Integrato di Attività e Organizzazione

13 Indice delle revisioni

Revisione n°	Data emissione	Tipo modifica	Titolo
0	13/04/2022	PRIMA EMISSIONE	Procedura per la gestione del rischio corruzione

14 Lista di diffusione

- Direzione Generale
- Direzione Amministrativa
- Direzione Sanitaria
- Direzione dei Dipartimenti
- Direzioni di Area
- Direttori SOC, SOS, UFC, UFS afferenti a tutte le Aree e Direzioni

1 – ELENCO DEI PROCESSI			
1.1 – Dati generali della struttura			
		DIR:	
		Struttura del DIR:	
		RESP:	
		Struttura del RESP:	
		Data di aggiornamento:	
1.2 – Elenco dei processi			
N°	Nome processo	Area di rischio	Note
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO				
1.1 – Dati generali				
Nome del processo:	Nome processo			
Area di rischio:				
Processi connessi:				
Codice:	XXX			
DIR:				
Struttura del DIR:				
RESP:				
Struttura del RESP:				
Data di aggiornamento:	01/01/2022			
1.2 – Descrizione				
Fornitori	Input	Processo	Output	Clients

4 – VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO

XXX - Nome processo - 01/01/2022

4.1 - Valutazione della probabilità		
A	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per mancanza di vincoli (leggi, regolamenti, procedure, etc.) a presidio delle decisioni/attività (eccessiva discrezionalità)	Alto
B	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per mancanza di controlli interni al processo sulle decisioni/attività (es. supervisione, controllo formale del dirigente, decisioni collegiali etc.)	Alto
C	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per assenza di trasparenza sostanziale o di un sistema di tracciamento delle decisioni/attività	Alto
D	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per la presenza di conflitti di interessi dei soggetti addetti alle decisioni/attività	Alto
E	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per la mancanza di formazione dei soggetti addetti alle decisioni/attività	Alto
F	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per la mancanza di rotazione dei soggetti addetti alle decisioni/attività negli ultimi cinque anni	Alto
G	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per la pressione dovuta alla presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo	Alto
H	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga sulla base di precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari per fatti corruttivi che hanno coinvolto le decisioni/attività del processo negli ultimi cinque anni	Alto
I	Probabilità collegata ad altri indicatori specifici per il rischio individuato	Alto
L	Valore associato alla probabilità	Alto
4.2 – Valutazione dell'impatto		
M	Livello di impatto sull'amministrazione in termini di qualità e continuità dell'azione amministrativa, impatto economico, conseguenze legali, reputazione e credibilità istituzionale, etc.	Basso
N	Livello di impatto, economico e non, sugli stakeholders (cittadini, utenti, imprese, mercato, sistema Paese), a seguito del degrado del servizio reso a causa del verificarsi dell'evento di corruzione	Basso
O	Livello di impatto collegato ad altri indicatori specifici per il rischio individuato	Basso
P	Valore associato all'impatto	Basso
4.3 – Livello di esposizione al rischio		
Q	Livello di esposizione al rischio da riportare in corrispondenza del rischio	Medio

Tabella valutazione del rischio			
Alto	Medio	Alto	Alto
Medio	Medio	Medio	Alto
Basso	Basso	Medio	Medio
	Basso	Medio	Alto

**ALLEGATO 4 – PA.DA.04 PROCEDURA PER LA
GESTIONE DEGLI ADEMPIMENTI DI
TRASPARENZA**

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza	PA.DA.04	0	1 di 6

Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza

Data	Redazione	Verifica	Approvazione
13/04/2022	Referente gruppo di redazione Dr.ssa Lucia Carlini	Processo Direttore SOS Anticorruzione e trasparenza Dr.ssa Lucia Carlini	Direttore Amministrativo Lorenzo Pescini
		SGQ Direttore f.f. SOC Governance Clinico Assistenziale Mauro Romilio	

Gruppo di redazione

- Dr.ssa Lucia Carlini
- Ing. Gianluca Nappo
- Dr.ssa Benedetta Ninci
- Dr.ssa Mariacristina Casini

Supporto metodologico: Dr. Marco Brogi, dir. Medico SOC Governance Clinico Assistenziale

Parole chiave: Trasparenza, obblighi di pubblicazione, monitoraggio, corruzione, prevenzione.

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza	PA.DA.04	0	2 di 6

Indice generale

1	Premessa	2
2	Scopo/Obiettivi.....	2
3	Campo di applicazione	3
4	Glossario e Definizioni	3
5	Responsabilità e descrizione delle attività	3
5.1	Individuazione ed elaborazione	3
5.2	Pubblicazione	4
5.3	Monitoraggio e controllo.....	4
6	Diagramma di flusso	5
7	Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione.....	5
8	Monitoraggio e controllo	5
9	Strumenti / RegISTRAZIONI	5
10	Revisione	6
11	Riferimenti	6
12	Indice delle revisioni.....	6
13	Lista di diffusione.....	6

1 Premessa

Con la legge 190/2012 la trasparenza amministrativa ha assunto una valenza chiave quale misura generale per prevenire e contrastare la corruzione e la cattiva amministrazione (art. 1, co. 36).

Essa concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Inoltre, è da considerare come condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integrando il diritto ad una buona amministrazione e concorrendo alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

Le disposizioni in materia di trasparenza amministrativa, inoltre, integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117, co. 2, lett. m), della Costituzione (art. 1, co. 3, D.Lgs. 33/2013).

Il sistema di prevenzione della corruzione aziendale impone a tutte le pubbliche amministrazioni di predisporre, entro il 31 gennaio di ogni anno, un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT/PIAO) che contenga una sezione dedicata alla trasparenza, impostata come atto fondamentale, con il quale sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

2 Scopo/Obiettivi

Lo scopo della presente procedura è di regolamentare le attività del processo di individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione obbligatoria dei dati, documenti e informazioni sulla sezione del sito aziendale denominata "Amministrazione Trasparente", in conformità alle indicazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013, nella normativa di settore, nel PNA e nel PTPCT/PIAO.

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza	PA.DA.04	0	3 di 6

3 Campo di applicazione

Il presente documento si applica a tutti i processi della Azienda USL Toscana Centro che gestiscono dati, documenti o informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente.

4 Glossario e Definizioni

ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
AUSLTC	Azienda USL Toscana Centro
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PTPCT	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
PIAO	Piano Integrato di Attività e Organizzazione
RPCT	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
GDL	Gruppo di lavoro a supporto del RPCT formato dal personale afferente la struttura SOS Anticorruzione e trasparenza
RESP	Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice
DIR	Direttore di Staff o di Dipartimento. il RESP ricopre anche il ruolo di DIR nel caso in cui la sua struttura non sia inserita in uno Staff o in un Dipartimento.
REF	Referenti del RPCT

5 Responsabilità e descrizione delle attività

I **DIR** e i **RESP**, ai sensi dell'art. 16, comma 1 del D.Lgs. 165/2001 e dell'art. 8 del D.P.R. 62/2013, attuano tutte le attività previste dalla presente procedura.

I **REF** supportano i **DIR** e i **RESP** nello svolgimento di tutte le attività descritte nella presente procedura informando costantemente il **RPCT** sull'andamento dei lavori e sulle eventuali criticità riscontrate.

Il **RPCT** coordina tutte le attività previste dalla presente procedura e fornisce il proprio supporto anche attraverso il **GDL**.

Il **GDL** supporta il **RPCT** nell'attuazione di tutte le attività previste dalla presente procedura.

I dipendenti, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 62/2013, garantiscono la loro collaborazione allo svolgimento di tutte le attività previste dalla presente procedura.

Le fasi di individuazione ed elaborazione (par. 5.1) e pubblicazione (par. 5.2), devono essere ripetute nel caso in cui, anche in seguito a monitoraggio, siano state rilevate modifiche sostanziali nell'organizzazione, nella struttura dei processi, degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, delle indicazioni fornite da ANAC e anche nel caso sia previsto l'aggiornamento dei dati, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria o ulteriori.

.5.1 Individuazione ed elaborazione

I **DIR** e i **RESP**, con il supporto dei **REF**, individuano ed elaborano tutti i dati, i documenti e le informazioni predisposti o detenuti dalle strutture di loro competenza, oggetto di pubblicazione obbligatoria o ulteriori, in conformità alla normativa vigente, alle indicazioni fornite da ANAC e a quelle contenute nel **PTPCT/PIAO**.

I **DIR** e i **RESP**, con il supporto dei **REF**, prima di procedere con la successiva fase di pubblicazione verificano che per tutti i dati, documenti o informazioni contenenti dati personali:

1. Esista un obbligo di pubblicazione previsto dalla legge;

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza	PA.DA.04	0	4 di 6

2. Siano rispettati tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

I **DIR** e i **RESP** possono avvalersi del supporto del Responsabile della Protezione dei Dati-RPD (cfr. Art. 37 del Regolamento (UE) del 27 aprile 2016, n. 679 – GDPR e Parte IV, § 7. "I rapporti del RPCT con altri organi dell'amministrazione e con ANAC"), essendo il soggetto aziendale chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del GDPR).

.5.2 Pubblicazione

I **DIR** e i **RESP**, con il supporto dei **REF**, pubblicano tutti i dati, i documenti e le informazioni di loro competenza, oggetto di pubblicazione obbligatoria o ulteriori, nell'apposita sottosezione della sezione del sito aziendale denominato "Amministrazione Trasparente", in conformità alla normativa vigente, alle indicazioni fornite da ANAC e a quelle contenute nel **PTPCT/PIAO**.

.5.3 Monitoraggio e controllo

I **DIR** e i **RESP**, con il supporto dei **REF**, effettuano il costante monitoraggio e controllo di primo livello su tutte le attività previste dalla presente procedura e sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, riferendo tempestivamente, con una nota al **RPCT**, sulle non conformità riscontrate che non possono essere risolte in autonomia e sulle eventuali modifiche organizzative o procedurali che richiedono una revisione degli obblighi di competenza.

Il **RPCT**, con il supporto del **GDL** e dei **REF**, effettua il monitoraggio di secondo livello, almeno semestrale, sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, richiedendo ai **DIR** di relazionare sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, attraverso la compilazione della scheda di monitoraggio appositamente predisposta.

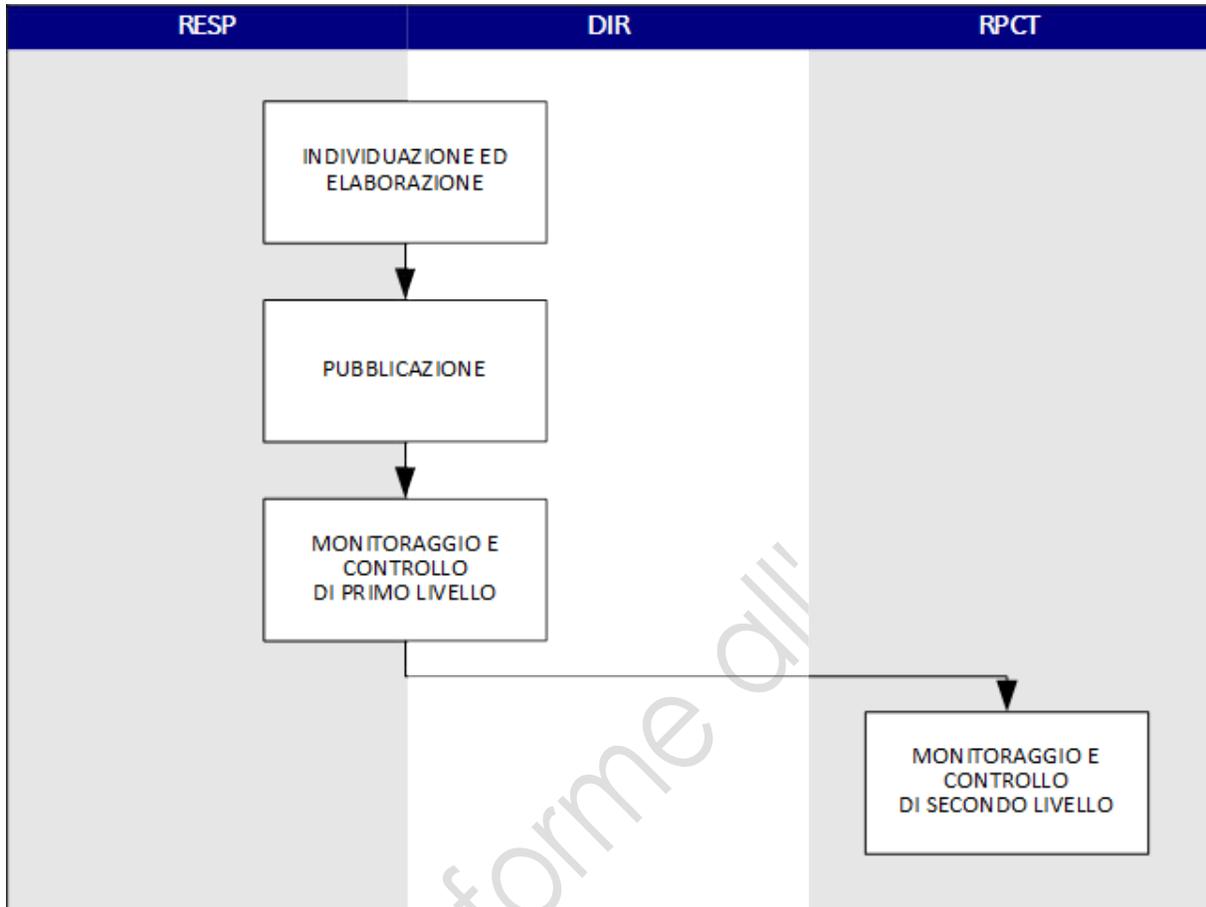
Il **RPCT**, con il supporto del **GDL** e dei **REF**, effettua il controllo a campione di secondo livello sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, acquisendo dai **DIR** documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite audit.

Il **RPCT**, con il supporto del **GDL**, invia un report, almeno semestrale, ai **DIR**, ai **RESP** e ai **REF** coinvolti nel processo di pubblicazione e alla Direzione Amministrativa, nel quale sono riassunti i risultati dell'attività di monitoraggio e controllo effettuata.

In relazione alla loro gravità, il **RPCT** segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, alla Direzione Aziendale, all'OIV, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari e ad ANAC.

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza	PA.DA.04	0	5 di 6

6 Diagramma di flusso



7 Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione

Il responsabile della diffusione della presente procedura è il **RPCT** che la trasmette a tutti i soggetti coinvolti attraverso la pubblicazione del **PTPCT/PIAO**.

I destinatari hanno il compito di diffonderlo ai collaboratori delle strutture afferenti il proprio ambito di competenza.

La procedura approvata viene pubblicata sul Repository/Intranet aziendale, Area Riservata, sezione "Gestione Documenti" dal quale è consultabile e scaricabile

L'originale e le relative revisioni sono a disposizione presso la Segreteria della struttura emittente

8 Monitoraggio e controllo

Il monitoraggio dell'applicazione della presente procedura è sotto la responsabilità del **RPCT**.

Nel caso in cui in corso di applicazione della presente procedura se ne rilevasse la necessità l'RPCT proporrà alla Direzione Aziendale le opportune azioni di miglioramento.

9 Strumenti / RegISTRAZIONI

Tutte le registrazioni sono archiviate nella cartella di lavoro condivisa della SOS Anticorruzione e Trasparenza.

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza	PA.DA.04	0	6 di 6

10 Revisione

La revisione si effettua su motivazioni sostanziali, e comunque si consiglia ogni tre anni.

11 Riferimenti

- Piano Nazionale Anticorruzione;
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

12 Indice delle revisioni

Revisione n°	Data emissione	Tipo modifica	Titolo
0	13/04/2022	PRIMA EMISSIONE	Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza

13 Lista di diffusione

- Direzione Generale
- Direzione Amministrativa
- Direzione Sanitaria
- Direzione dei Dipartimenti
- Direzioni di Area
- Direttori SOC, SOS, UFC, UFS afferenti a tutte le Aree e Direzioni

**ALLEGATO 5 - SCHEMA DI REGOLAMENTO
SULLA INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ
DI INCARICHI**

Indice generale

Riferimenti normativi.....	3
Definizioni.....	6
Art. 1 – Inconferibilità in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione.....	10
Art. 2 - Inconferibilità a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati.....	10
Art. 3- Inconferibilità di incarichi di direzione aziendale.....	10
Art. 4 - Incompatibilità tra incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati nonché tra gli stessi incarichi e le attività professionali.....	11
Art. 5 - Incompatibilità degli incarichi di direzione aziendale.....	11
Art. 6 - Incompatibilità tra incarichi dirigenziali interni e esterni e cariche di componenti degli organi di indirizzo nelle amministrazioni statali, regionali e locali.....	12
Art. 7 – Dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità.....	13
Art. 8 – Procedura di accertamento di situazioni di inconferibilità.....	14
Art. 9 – Procedimento sanzionatorio in caso di inconferibilità.....	14
Art. 10 – Dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità.....	15
Art. 11 – Procedura di accertamento di situazioni di incompatibilità.....	15
Art. 12 – Vigilanza.....	16

Riferimenti normativi

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.	«Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.»
Legge Regionale Toscana 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i.	«Disciplina del servizio sanitario regionale»
Legge 6 novembre 2012, n. 190	«Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione»
D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33	«Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»
D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39	«Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190»
D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62	«Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»
Legge 30 novembre 2017, n. 179	«Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato»
Art. 54-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.	«Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti»
Legge 7 agosto 1990, n. 241	«Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi»
D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165	«Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche»
D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150	«Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni»
D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196	«Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.»
Regolamento UE 2016/679	«Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del

Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE»

D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50	«Codice dei contratti pubblici»
Art. 51 del Codice di Procedura Civile	«Astensione del giudice»
Legge Regionale Toscana 29 agosto 1983, n. 68	«Norme di attuazione dell'art. 18 della Costituzione e della Legge 25 gennaio 1982 n°17 in materia di Associazioni segrete e norme per garantire la pubblicità della situazione associativa dei titolari di cariche elettive o di nomine e designazioni regionali»
Delibera CIVIT - ANAC del 15 luglio 2013, n. 58	«Parere sull'interpretazione e sull'applicazione del d.lgs. 39/2013 nel settore sanitario»
Delibera ANAC del 22 dicembre 2014, n. 149	«Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n° 39/2013 nel settore sanitario»
Delibera ANAC del 2 settembre 2015, n. 66	«Applicazione della normativa sulla inconferibilità di cui all'art. 8 del d.lgs. 8 aprile 2013 n° 39 al commissario straordinario dell'Azienda sanitaria provinciale di (omissis) – Fascicolo UVMAC/3208/2015»
Delibera ANAC del 23 settembre 2015, n. 67	«Criteri e modalità di applicazione della sanzione di cui al comma 2 dell'art. 18 del decreto legislativo 39 del 2013, a seguito di nomina di commissario straordinario dell'IPAB (omissis) – Fascicolo UVMAC/992/2015»
Delibera ANAC del 23 settembre 2015, n. 68	«Provvedimenti conseguenti all'inconferibilità di cui all'art. 8 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39 con riguardo all'incarico di commissario straordinario dell'Azienda Sanitaria provinciale di (omissis) – Fascicolo UVMAC/3208/2015»
Delibera ANAC del 3 agosto 2016, n. 833	«Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione»
Delibera ANAC del 25 settembre 2019, n. 1146	«Applicabilità della disciplina del decreto legislativo n° 39/2013 agli incarichi dirigenziali - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell'ambito degli enti del Servizio Sanitario»
Delibera ANAC del 19 febbraio 2020, n. 177	«Linee guida in materia di Codici di comportamento delle Amministrazioni pubbliche»
Delibera ANAC del 4 agosto	«Richiesta di parere in ordine alla sussistenza di un'ipotesi di

2020, n. 713

inconferibilità di cui al decreto legislativo 39/2013 in capo a un dirigente ingegnere in servizio presso l'Ospedale (omissis)»

Definizioni

ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
DFP	Dipartimento della Funzione Pubblica
AUSL TC/Azienda	Azienda USL Toscana Centro
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PTPCT	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
PIAO	Piano Integrato di Attività e Organizzazione
DG	Direttore Generale
DS	Direttore Sanitario
DA	Direttore Amministrativo
DSS	Direttore dei Servizi Sociali
RPCT	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
GDL	Gruppo di lavoro a supporto del RPCT formato dal personale afferente la struttura SOS Anticorruzione e trasparenza
RESP	Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice
DIR	Direttore di Staff o di Dipartimento. il RESP ricopre anche il ruolo di DIR nel caso in cui la sua struttura non sia inserita in uno Staff o in un Dipartimento
REF	Referenti anticorruzione e trasparenza
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
UPD	Ufficio Procedimenti Disciplinari
SIATC	Servizio Ispettivo Aziendale
CRRA	Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione
Segnalante	Dipendente pubblico (e assimilati) che invia una segnalazione di illeciti (c.d. whistleblower)
Whistleblowing	Istituto di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti previsto dall'art. 54-bis D.Lgs. 165/2001
Codici di comportamento	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 62/2013 e il Codice di comportamento aziendale di cui all'art. 54, comma 5 del D.Lgs. 165/2001
Pubbliche amministrazioni	Pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del

D.Lgs. 165/2001, ivi comprese le autorità amministrative indipendenti

Enti pubblici

Enti di diritto pubblico non territoriali nazionali, regionali o locali, comunque denominati, istituiti, vigilati, finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, ovvero i cui amministratori siano da questa nominati

Enti di diritto privato in controllo pubblico

Società e altri enti di diritto privato che esercitano funzioni amministrative, attività di produzione di beni e servizi a favore delle amministrazioni pubbliche o di gestione di servizi pubblici, sottoposti a controllo ai sensi dell'articolo 2359 c.c. da parte di amministrazioni pubbliche, oppure gli enti nei quali siano riconosciuti alle pubbliche amministrazioni, anche in assenza di una partecipazione azionaria, poteri di nomina dei vertici o dei componenti degli organi

Enti di diritto privato regolati o finanziati

Società e altri enti di diritto privato, anche privi di personalità giuridica, nei confronti dei quali l'amministrazione che conferisce l'incarico:

1) svolga funzioni di regolazione dell'attività principale che comportino, anche attraverso il rilascio di autorizzazioni o concessioni, l'esercizio continuativo di poteri di vigilanza, di controllo o di certificazione;

2) abbia una partecipazione minoritaria nel capitale;

3) finanzi le attività attraverso rapporti convenzionali, quali contratti pubblici, contratti di servizio pubblico e di concessione di beni pubblici

Incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati

Cariche di presidente con deleghe gestionali dirette, amministratore delegato, posizioni di dirigente, e lo svolgimento stabile di attività di consulenza a favore dell'ente

Componenti di organi di indirizzo politico

Persone che partecipano, in via elettiva o di nomina, a organi di indirizzo politico delle amministrazioni statali, regionali e locali, quali Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 400/1988, parlamentare, Presidente della giunta o Sindaco, assessore o consigliere nelle regioni, nelle province, nei comuni e nelle

forme associative tra enti locali, oppure a organi di indirizzo di enti pubblici, o di enti di diritto privato in controllo pubblico, nazionali, regionali e locali

Inconferibilità

Preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal D.Lgs. 39/2013 a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi e a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico

Incompatibilità

Obbligo per il soggetto a cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico

Incarichi amministrativi di vertice

Incarichi di livello apicale, quali quelli di Segretario generale, capo Dipartimento, Direttore generale o posizioni assimilate nelle pubbliche amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico, conferiti a soggetti interni o esterni all'amministrazione o all'ente che conferisce l'incarico, che non comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione

Incarichi dirigenziali interni

Incarichi di funzione dirigenziale, comunque denominati, che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione, nonché gli incarichi di funzione dirigenziale nell'ambito degli uffici di diretta collaborazione, conferiti a dirigenti o ad altri dipendenti, ivi comprese le categorie di personale di cui all'articolo 3 del D.Lgs. 165/2001, appartenenti ai ruoli dell'amministrazione che conferisce l'incarico ovvero al ruolo di altra pubblica amministrazione. In conformità alle indicazioni contenute nella Delibera ANAC 1146/2019 sono esclusi gli incarichi dirigenziali riconducibili ai

ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non).

Incarichi dirigenziali esterni

Incarichi di funzione dirigenziale, comunque denominati, che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione, nonché gli incarichi di funzione dirigenziale nell'ambito degli uffici di diretta collaborazione, conferiti a soggetti non muniti della qualifica di dirigente pubblico o comunque non dipendenti di pubbliche amministrazioni. In conformità alle indicazioni contenute nella Delibera ANAC 1146/2019 sono esclusi gli incarichi dirigenziali riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non).

**Incarichi di amministratore di
enti pubblici e di enti privati in
controllo pubblico**

Incarichi di Presidente con deleghe gestionali dirette, amministratore delegato e assimilabili, di altro organo di indirizzo delle attività dell'ente, comunque denominato, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico

Art. 1 – Inconferibilità in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione

1.1 A coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, non possono essere attribuiti incarichi:

- dirigenziali, interni e esterni, comunque denominati (Art. 3, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 39/2013 e Determina ANAC 1146/2019);
- di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali (Art. 3, comma 1, lettera e) del D.Lgs. 39/2013);
- relativi ad uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati e che comportano esercizio di vigilanza o controllo (Art. 3, comma 4 del D.Lgs. 39/2013 e Art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001).

1.2 La durata della inconferibilità di cui al comma 1.1 del presente regolamento è quella stabilita dall'art. 3, commi 2, 3, 5 e 6 del D.Lgs. 39/2013.

Art. 2 - Inconferibilità a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati

2.1 A coloro che, nei due anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato o finanziati dall'Azienda o che abbiano svolto in proprio attività professionali regolate, finanziate o comunque retribuite dall'Azienda, non possono essere conferiti gli incarichi dirigenziali esterni, comunque denominati, che siano relativi allo specifico settore o ufficio dell'Azienda che esercita i poteri di regolazione e finanziamento (Art. 4, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 39/2013);.

Art. 3- Inconferibilità di incarichi di direzione aziendale

3.1 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali non possono essere conferiti a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale (Art. 5, comma 1 del D.Lgs. 39/2013).

3.2 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali non possono essere conferiti a coloro che, nei cinque anni precedenti, siano stati candidati in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della Azienda (Art. 8, comma 1 del D.Lgs. 39/2013).

3.3 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali non possono essere conferiti a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano esercitato la funzione di Presidente del Consiglio dei ministri o di Ministro, Viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale (Art. 8, comma 2 del D.Lgs. 39/2013).

3.4 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali non possono essere conferiti a coloro che, nell'anno precedente, abbiano esercitato la funzione di parlamentare (Art. 8, comma 3 del D.Lgs. 39/2013).

3.5 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali non possono essere conferiti a coloro che, nei tre anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio della Regione Toscana ovvero abbiano ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale (Art. 8, comma 4 del D.Lgs. 39/2013).

3.6 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali non possono essere conferiti a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio è compreso nel territorio della Azienda (Art. 8, comma 5 del D.Lgs. 39/2013).

Art. 4 - Incompatibilità tra incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati nonché tra gli stessi incarichi e le attività professionali

4.1 Gli incarichi dirigenziali, comunque denominati, che comportano poteri di vigilanza o controllo sulle attività svolte dagli enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda, sono incompatibili con l'assunzione e il mantenimento, nel corso dell'incarico, di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda (Art. 9, comma 1 del D.Lgs. 39/2013).

4.2 Gli incarichi dirigenziali, comunque denominati, sono incompatibili con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di un'attività professionale, se questa è regolata, finanziata o comunque retribuita dall'Azienda (Art. 9, comma 2 del D.Lgs. 39/2013).

Art. 5 - Incompatibilità degli incarichi di direzione aziendale

5.1 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali della Regione Toscana sono incompatibili con gli incarichi o le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale (Art. 10, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 39/2013).

5.2 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali sono incompatibili con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di attività

professionale, se questa è regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale (Art. 10, comma 1, lettera b) del D.Lgs. 39/2013).

5.3 L'incompatibilità di cui ai commi 5.1 e 5.2 del presente regolamento sussiste altresì allorché gli incarichi, le cariche e le attività professionali indicate nei suddetti commi siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado (Art. 10, comma 2 del D.Lgs. 39/2013).

5.4 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali sono incompatibili con la carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 400/1988, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale o di parlamentare (Art. 14, comma 1 del D.Lgs. 39/2013).

5.5 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali sono incompatibili con la carica di componente della giunta o del consiglio della Regione Toscana e con la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale (Art. 14, comma 2, lettera a) del D.Lgs. 39/2013).

5.6 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali sono incompatibili con la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della Regione Toscana (Art. 14, comma 2, lettera b) del D.Lgs. 39/2013).

5.7 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali sono incompatibili con la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione Toscana, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della Regione Toscana (Art. 14, comma 2, lettera c) del D.Lgs. 39/2013).

Art. 6 - Incompatibilità tra incarichi dirigenziali interni e esterni e cariche di componenti degli organi di indirizzo nelle amministrazioni statali, regionali e locali

6.1 Gli incarichi dirigenziali, interni e esterni, sono incompatibili con l'assunzione, nel corso dell'incarico, della carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 400/1988 o di parlamentare (Art. 12, comma 2 del D.Lgs. 39/2013).

6.2 Gli incarichi dirigenziali, interni e esterni, sono incompatibili con la carica di componente della giunta o del consiglio della Regione Toscana (Art. 12, comma 3, lettera a) e comma 4, lettera a) del D.Lgs. 39/2013).

6.3 Gli incarichi dirigenziali, interni e esterni, sono incompatibili con la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della Regione Toscana (Art. 12, comma 3, lettera b) e comma 4, lettera b) del D.Lgs. 39/2013).

6.4 Gli incarichi dirigenziali, interni e esterni, sono incompatibili con la carica di componente di organi di indirizzo negli enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione Toscana, nonchè di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione (Art. 12, comma 3 lettera c) e comma 4, lettera c) del D.Lgs. 39/2013).

Art. 7 – Dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità

7.1 All'atto del conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo o di direttore dei servizi sociali, l'interessato deve rilasciare al direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità di cui agli artt. 1 e 3 del presente regolamento, utilizzando il modello 1 allegato al presente regolamento (Art. 20, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

7.2 All'atto del conferimento di un incarico dirigenziale, interno o esterno, comunque denominato, l'interessato deve rilasciare al direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità di cui agli artt. 1 e 2 del presente regolamento, utilizzando il modello 2 allegato al presente regolamento (Art. 20, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

7.3 Le dichiarazioni di cui ai commi 7.1 e 7.2 sono condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico (Art. 20, comma 4, del D.Lgs. 39/2013).

7.4 Gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni contenute negli artt. 1, 2 e 3 del presente regolamento e i relativi contratti sono nulli. (Art. 17, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

7.5 Il direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico effettua un controllo sulle dichiarazioni di cui ai commi 7.1 e 7.2 del presente regolamento prima dell'assegnazione dell'incarico, sulla base del Curriculum Vitae, dei fatti notori comunque acquisiti, la eventuale documentazione disponibile nel fascicolo del dipendente e delle informazioni reperibili attraverso le banche dati a disposizione dell'Azienda (Art. 71 del DPR 445/2000).

7.6 Le dichiarazioni di cui ai commi 7.1 e 7.2 del presente regolamento sono pubblicate nella sezione del sito aziendale denominata "Amministrazione Trasparente" (Art. 20, comma 3, del D.Lgs. 39/2013).

Art. 8 – Procedura di accertamento di situazioni di inconferibilità

8.1 Il RPCT qualora rilevi una situazione di inconferibilità, anche su segnalazione di altri soggetti, invia al soggetto titolare dell’incarico e per conoscenza alla Direzione Aziendale e ai soggetti che hanno conferito l’incarico, un atto di contestazione che contiene una breve indicazione del fatto, della nomina ritenuta inconferibile e della norma che si assume violata, nonché l’invito a presentare entro cinque giorni memorie tali da consentire l’esercizio del diritto di difesa.

8.2 Il RPCT effettua una istruttoria di carattere oggettivo e documentale che contempli anche una fase di contraddittorio con il titolare dell’incarico. Per l’istruttoria, il RPCT può avvalersi anche del supporto delle strutture competenti per acquisire tutti gli elementi necessari o richiedere parere all’ANAC ai sensi dell’art. 16, comma 3 del D.Lgs. 39/2013. L’attività istruttoria deve concludersi entro 30gg. In caso di particolare complessità del procedimento, il termine può essere prorogato di ulteriori 30gg (Art. 16, comma 3 del D.Lgs. 39/2013).

8.3 All’esito dell’istruttoria il RPCT conclude il procedimento con l’archiviazione, in caso di riscontrata assenza delle cause di inconferibilità contestate, oppure con un provvedimento di declaratoria della nullità dell’incarico conferito nei confronti del soggetto incaricato. Il provvedimento ha natura vincolata (Art. 15, comma 1 del D.Lgs. 39/2013).

Art. 9 – Procedimento sanzionatorio in caso di inconferibilità

9.1 Il RPCT all’esito di una procedura di accertamento di situazioni di inconferibilità conclusa con un provvedimento di declaratoria della nullità dell’incarico, invia all’organo che ha conferito l’incarico, un atto di contestazione che contiene una breve indicazione del fatto, della nomina ritenuta inconferibile e della norma che si assume violata, nonché l’invito a presentare entro cinque giorni memorie tali da consentire l’esercizio del diritto di difesa.

9.2 Il RPCT effettua una istruttoria di carattere oggettivo e documentale, cui si aggiunge la verifica del presupposto soggettivo del dolo e della colpa, che contempli anche una fase di contraddittorio con l’organo che ha conferito l’incarico. A tale scopo il RPCT valuterà il contenuto delle dichiarazioni rese dal soggetto incaricato, se queste sono state rese secondo la modulistica approvata con la presente procedura, la tempistica di compilazione e se sono state poste in essere le attività di verifica di cui al comma 7.5 del presente regolamento ed i relativi tempi. Per l’istruttoria, il RPCT può avvalersi anche del supporto delle strutture competenti per acquisire tutti gli elementi necessari. L’attività istruttoria deve concludersi entro 30gg dall’invio della contestazione. In caso di particolare complessità del procedimento, il termine può essere prorogato di ulteriori 30gg.

9.3 All’esito dell’istruttoria il RPCT conclude il procedimento con l’archiviazione, in caso non emergano responsabilità, oppure con un provvedimento che dichiara la sanzione inibitoria prevista dall’art. 18 del D.Lgs. 39/2013, che è personale, interdittiva, fissa e non graduabile verso l’organo

che ha conferito l'incarico. Tale sanzione ha come effetto secondario il trasferimento temporaneo, per legge, del potere di conferire incarichi in capo alla Giunta Regionale della Regione Toscana (Art. 18, comma 2 del D.Lgs. 39/2013).

9.4 Gli atti di accertamento della violazione di cui ai commi 8.3 e 9.3 del presente regolamento sono pubblicati sul sito Amministrazione Trasparente, nella sezione "Sanzioni per mancata comunicazione dei dati" (Art. 18, comma 5 del D.Lgs. 39/2013).

Art. 10 – Dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità

10.1 All'atto del conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo o di direttore dei servizi sociali, l'interessato deve rilasciare al direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art. 5 del presente regolamento, utilizzando il modello 3 allegato al presente regolamento (Art. 20, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

10.2 All'atto del conferimento di un incarico dirigenziale, interno o esterno, comunque denominato, l'interessato deve rilasciare al direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità di cui agli artt. 4 e 6 del presente regolamento, utilizzando il modello 4 allegato al presente regolamento (Art. 20, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

10.3 Le dichiarazioni di cui ai commi 10.1 e 10.2 del presente regolamento devono essere rese annualmente, entro il 31/12, dagli stessi soggetti per tutta la durata dell'incarico utilizzando il relativo modello 3 o 4 (Art. 20, comma 2, del D.Lgs. 39/2013).

10.4 Il direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico effettua un controllo sulle dichiarazioni di cui ai commi 10.1, 10.2 e 10.3 sulla base del Curriculum Vitae, dei fatti notori comunque acquisiti, la eventuale documentazione disponibile nel fascicolo del dipendente e delle informazioni reperibili attraverso le banche dati a disposizione dell'Azienda (Art. 71 del DPR 445/2000).

10.5 Le dichiarazioni di cui ai commi 10.1, 10.2 e 10.3 del presente regolamento sono pubblicate nella sezione del sito aziendale denominata "Amministrazione Trasparente" (Art. 20, comma 3, del D.Lgs. 39/2013).

Art. 11 – Procedura di accertamento di situazioni di incompatibilità

11.1 Il RPCT qualora rilevi una situazione di incompatibilità, anche su segnalazione di altri soggetti, invia al dirigente titolare dell'incarico e per conoscenza alla Direzione Aziendale, un atto di contestazione che contiene una breve indicazione del fatto, della nomina ritenuta incompatibile e della norma che si assume violata, nonché l'invito a presentare entro cinque giorni memorie tali da consentire l'esercizio del diritto di difesa.

11.2 Il RPCT effettua una istruttoria di carattere oggettivo e documentale che contempli anche una fase di contraddittorio con il titolare dell'incarico. Per l'istruttoria, il RPCT può avvalersi anche del supporto delle strutture competenti per acquisire tutti gli elementi necessari. L'attività istruttoria deve concludersi entro 30gg. In caso di particolare complessità del procedimento, il termine può essere prorogato di ulteriori 30gg.

11.3 All'esito dell'istruttoria il RPCT conclude il procedimento con l'archiviazione, in caso di riscontrata assenza delle cause di incompatibilità contestata, oppure con un atto di diffida ad esercitare l'opzione tra uno dei due incarichi ritenuti incompatibili e a comunicare la decisione al RPCT e alla Direzione Aziendale nel termine di 15 giorni (Art. 15, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

11.4 Qualora il dirigente destinatario della diffida di cui al comma 11.3 del presente regolamento non eserciti l'opzione, la Direzione Aziendale adotta un provvedimento dichiarativo della decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto, di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte del RPCT, dell'insorgere della causa di incompatibilità. Restano ferme le disposizioni che prevedono il collocamento in aspettativa dei dipendenti in caso di incompatibilità. (Art. 19, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

Art. 12 – Vigilanza

12.1 Il RPCT segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del presente decreto all'ANAC, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 2015/2004, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative (Art. 15, comma 2, del D.Lgs. 39/2013).

Mod. 1	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER DS, DA, DSS	Pag. 1 di 3
---------------	---	-------------

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

in relazione all'incarico di¹:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore dei Servizi Sociali.

di non trovarsi in una delle situazioni di inconferibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, ovvero:

- di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3, comma 1, D.Lgs. 39/2013)²;
- di non aver svolto, nei due anni precedenti, incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSR (art. 5, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- di non essere stato, nei cinque anni precedenti, candidato alle elezioni europee, nazionali, regionali e locali in collegi elettorali che comprendano il territorio della AUSL Toscana Centro (art. 8, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- di non aver esercitato, nei due anni precedenti, la funzione di Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Vice-ministro, Sottosegretario nel Ministero della salute o di altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (art. 8, comma 2, D.Lgs. 39/2013);
- di non aver esercitato, nell'anno precedente, funzioni di parlamentare (art. 8, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- di non aver fatto parte, nei tre anni precedenti, della Giunta o del consiglio della Regione Toscana ovvero di non aver ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Regionale (art. 8, comma 4, D.Lgs. 39/2013);
- di non aver fatto parte, nei due anni precedenti, della giunta o del consiglio di una provincia o di un comune con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni, avente la medesima popolazione, il cui territorio è ricompreso nel territorio della AUSL Toscana Centro (art. 8, comma 5, D.Lgs. 39/2013).

dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

¹ Barrare la casella relativa alle dichiarazioni rese.

² La durata della inconferibilità è quella stabilita dall'art. 3, commi 2, 3, 5 e 6 del D.Lgs. 39/2013.

Mod. 1	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER DS, DA, DSS	Pag. 2 di 3
---------------	---	-------------

- la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale (art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- la situazione di inconferibilità non può essere sanata;
- gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013 e i relativi contratti sono nulli e che l'atto di accertamento della violazione è pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale (artt. 17 e 18, comma 5, D.Lgs. 39/2013);
- eventuali situazioni di inconferibilità, sopravvenute successivamente alla presente dichiarazione, dovranno essere comunicate tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- ferma restando ogni altra responsabilità, le dichiarazioni mendaci, accertate dall’Azienda, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comportano la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di cinque anni (art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013);

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Reg. UE 679/2016 allegata al presente modulo.

Data e luogo

Firma³

³Il presente modulo è stato firmato digitalmente

Mod. 1	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER DS, DA, DSS	Pag. 3 di 3
---------------	---	-------------

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell’articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1) L’Azienda è il titolare del trattamento, rappresentata dal Direttore Generale, Dr. (tel. – email
- 2) Il Responsabile della protezione dei dati aziendale (RPD) è (tel. email
- 3) Il trattamento cui sono destinati i suoi dati personali è finalizzato al perfezionamento del procedimento di conferimento dell’incarico mediante acquisizione preliminare di una dichiarazione di insussistenza di una delle cause di inconferibilità, secondo quanto previsto dall’art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39.
- 4) Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la conclusione del procedimento di nomina. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.
- 5) Il titolare del trattamento non intende trasferire i suoi dati ad un paese terzo o ad un’organizzazione internazionale.
- 6) I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- 7) Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati dell’Azienda Usl Toscana Sud Est.
- 8) Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell’Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).
- 9) Dal momento che la comunicazione dei dati personali costituisce un obbligo di legge ai sensi del citato D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39, la mancata comunicazione degli stessi comporta l’impossibilità di concludere il procedimento di conferimento dell’incarico.

Mod. 2	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI	Pag. 1 di 2
---------------	--	-------------

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

in relazione all'incarico dirigenziale: _____

di non trovarsi in una delle situazioni di inconferibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, ovvero:

- di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3, comma 1, D.Lgs. 39/2013)¹;
- nei due anni precedenti, di non aver svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato o finanziati dal settore o dall'ufficio relativi all'incarico dirigenziale in questione o di non aver svolto in proprio attività professionali regolate, finanziate o comunque retribuite dal settore o dall'ufficio relativi all'incarico dirigenziale in questione (Art. 4, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 39/2013);

dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

- la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale (art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- la situazione di inconferibilità non può essere sanata;
- gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013 e i relativi contratti sono nulli e che l'atto di accertamento della violazione è pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale (artt. 17 e 18, comma 5, D.Lgs. 39/2013);
- eventuali situazioni di inconferibilità, sopravvenute successivamente alla presente dichiarazione, dovranno essere comunicate tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- ferma restando ogni altra responsabilità, le dichiarazioni mendaci, accertate dall'Azienda, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comportano la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di cinque anni (art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013);

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 allegata al presente modulo.

Data e luogo

Firma²

¹ La durata della inconferibilità è quella stabilita dall'art. 3, commi 2, 3, 5 e 6 del D.Lgs. 39/2013.

²Il presente modulo è stato firmato digitalmente

Mod. 2	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI	Pag. 2 di 2
---------------	--	-------------

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1) L'Azienda è il titolare del trattamento, rappresentata dal Direttore Generale, Dr. (tel. – email
- 2) Il Responsabile della protezione dei dati aziendale (RPD) è (tel. email
- 3) Il trattamento cui sono destinati i suoi dati personali è finalizzato al perfezionamento del procedimento di conferimento dell'incarico mediante acquisizione preliminare di una dichiarazione di insussistenza di una delle cause di inconferibilità, secondo quanto previsto dall'art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39.
- 4) Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la conclusione del procedimento di nomina. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.
- 5) Il titolare del trattamento non intende trasferire i suoi dati ad un paese terzo o ad un'organizzazione internazionale.
- 6) I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- 7) Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati dell'Azienda Usl Toscana Sud Est.
- 8) Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).
- 9) Dal momento che la comunicazione dei dati personali costituisce un obbligo di legge ai sensi del citato D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39, la mancata comunicazione degli stessi comporta l'impossibilità di concludere il procedimento di conferimento dell'incarico.

Mod. 3	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER DS, DA, DSS	Pag. 1 di 3
---------------	---	-------------

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

in relazione all'incarico di¹:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore dei Servizi Sociali.

di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, ovvero:

- di non avere incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale (art. 10, comma 1, lettera a, D.Lgs. 39/2013)²;
- di non svolgere in proprio attività professionale regolata o finanziata dal Servizio Sanitario Regionale Toscano (art. 10, comma 1, lettera b, D.Lgs. 39/2013)³;
- di non avere la carica di Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400 (art. 14, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- di non essere amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale o di parlamentare (art. 14, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di componente della giunta o del consiglio della Regione Toscana ovvero la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Regionale (art. 14, comma 2, lettera a, D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni, avente la medesima popolazione, ricompresi nella Regione Toscana (art. 14, comma 2, lettera b, D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di presidente o amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione Toscana, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni, aventi la medesima popolazione, ricompresi nella Regione Toscana (art. 14, comma 2, lettera c, D.Lgs. 39/2013);

dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

¹ Barrare la casella relativa alle dichiarazioni rese.

² L'incompatibilità sussiste altresì allorché gli incarichi e le cariche siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado (art. 10, comma 2, D.Lgs. 39/2013).

³ L'incompatibilità sussiste altresì allorché le attività professionali siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado (art. 10, comma 2, D.Lgs. 39/2013).

Mod. 3	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER DS, DA, DSS	Pag. 2 di 3
---------------	---	-------------

- la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale (art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- la dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità, di cui al D.Lgs. 39/2013, dovrà essere presentata dal sottoscritto al direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell’incarico entro il 31/12 di ogni anno nel corso dell’incarico, utilizzando il presente modulo (art. 20, comma 2, D.Lgs. 39/2013);
- se la situazione di incompatibilità dovesse emergere nel corso del rapporto, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza contesterà la circostanza al sottoscritto e la causa dovrà essere rimossa entro 15 giorni. In caso contrario, la legge prevede la decadenza dall’incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- eventuali situazioni di incompatibilità, sopravvenute successivamente alla presente dichiarazione, dovranno essere comunicate tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013 e i relativi contratti sono nulli e che l'atto di accertamento della violazione è pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale (artt. 17 e 18, comma 5, D.Lgs. 39/2013);
- ferma restando ogni altra responsabilità, le dichiarazioni mendaci, accertate dall’Azienda, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comportano la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di cinque anni (art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013);

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Reg. UE 679/2016 allegata al presente modulo.

Data e luogo

Firma⁴

⁴Il presente modulo è stato firmato digitalmente

Mod. 3	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER DS, DA, DSS	Pag. 3 di 3
---------------	---	-------------

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell’articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1) L’Azienda è il titolare del trattamento, rappresentata dal Direttore Generale, Dr. (tel. – email
- 2) Il Responsabile della protezione dei dati aziendale (RPD) è (tel. email
- 3) Il trattamento cui sono destinati i suoi dati personali è finalizzato all’acquisizione annuale di una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità, secondo quanto previsto dall’art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39.
- 4) Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la conclusione del procedimento di nomina. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.
- 5) Il titolare del trattamento non intende trasferire i suoi dati ad un paese terzo o ad un’organizzazione internazionale.
- 6) I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- 7) Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati dell’Azienda Usl Toscana Sud Est.
- 8) Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell’Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).
- 9) Dal momento che la comunicazione dei dati personali costituisce un obbligo di legge ai sensi del citato D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39, la mancata comunicazione degli stessi comporta l’impossibilità di concludere il procedimento di conferimento dell’incarico.

Mod. 4	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI	Pag. 1 di 3
---------------	--	-------------

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

in relazione all'incarico dirigenziale: _____

di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, ovvero:

- nel caso in cui l'incarico dirigenziale comporti poteri di vigilanza o controllo sulle attività svolte dagli enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda, di non avere incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda (art. 9, comma 1 del D.Lgs. 39/2013);
- di non svolgere in proprio un'attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dall'Azienda (art. 9, comma 2 del D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 400/1988 o di parlamentare (art. 12, comma 2 del D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di componente della Giunta o del Consiglio della Regione Toscana (art. 12, comma 3, lettera a) e comma 4, lettera a) del D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della Regione Toscana (art. 12, comma 3, lettera b) e comma 4, lettera b) del D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione Toscana, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione (Art. 12, comma 3 lettera c) e comma 4, lettera c) del D.Lgs. 39/2013).

dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

- la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale (art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- la dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità, di cui al D.Lgs. 39/2013, dovrà essere presentata dal sottoscritto al direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico entro il 31/12 di ogni anno nel corso dell'incarico, utilizzando il presente modulo (art. 20, comma 2, D.Lgs. 39/2013);
- se la situazione di incompatibilità dovesse emergere nel corso del rapporto, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza contesterà la circostanza al sottoscritto e la causa dovrà essere rimossa entro 15 giorni. In caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19, comma 1, D.Lgs. 39/2013);

Mod. 4	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI	Pag. 2 di 3
---------------	--	-------------

- eventuali situazioni di incompatibilità, sopravvenute successivamente alla presente dichiarazione, dovranno essere comunicate tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013 e i relativi contratti sono nulli e che l'atto di accertamento della violazione è pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale (artt. 17 e 18, comma 5, D.Lgs. 39/2013);
- ferma restando ogni altra responsabilità, le dichiarazioni mendaci, accertate dall'Azienda, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comportano la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di 5 anni (art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013);

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 allegata al presente modulo.

Data e luogo

Firma¹

¹Il presente modulo è stato firmato digitalmente

Mod. 4	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI	Pag. 3 di 3
---------------	--	-------------

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell’articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1) L’Azienda è il titolare del trattamento, rappresentata dal Direttore Generale, Dr. (tel. – email
- 2) Il Responsabile della protezione dei dati aziendale (RPD) è (tel. email
- 3) Il trattamento cui sono destinati i suoi dati personali è finalizzato all’acquisizione annuale di una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità, secondo quanto previsto dall’art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39.
- 4) Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la conclusione del procedimento di nomina. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.
- 5) Il titolare del trattamento non intende trasferire i suoi dati ad un paese terzo o ad un’organizzazione internazionale.
- 6) I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- 7) Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati dell’Azienda Usl Toscana Sud Est.
- 8) Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell’Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).
- 9) Dal momento che la comunicazione dei dati personali costituisce un obbligo di legge ai sensi del citato D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39, la mancata comunicazione degli stessi comporta l’impossibilità di concludere il procedimento di conferimento dell’incarico.

**ALLEGATO 6 – LINEE GUIDA SULLA
ROTAZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA**

Indice generale

1. Definizioni.....	1
2. Riferimenti normativi.....	2
3. Introduzione.....	3
4. La rotazione ordinaria.....	3
4.1. Criteri generali.....	3
4.2. Criteri specifici.....	4
4.3. Limiti per l'attuazione della rotazione.....	4
4.4. Modalità di applicazione.....	5
4.5. Formazione.....	5
4.6. Misure alternative.....	5
5. La rotazione straordinaria.....	6
5.1. I reati presupposto.....	6
5.2. Modalità di applicazione.....	7

1. Definizioni

ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
DFP	Dipartimento della Funzione Pubblica
Aziende	Aziende Sanitarie e Ospedaliere ed Enti del SSR
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PTPCT	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
PIAO	Piano Integrato di Attività e Organizzazione
DG	Direttore Generale
DS	Direttore Sanitario
DA	Direttore Amministrativo
DSS	Direttore dei Servizi Sociali
Direzione Aziendale	Organo di vertice dell'Azienda
RPCT	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

REF	Referenti anticorruzione e trasparenza
OIV	Organismo Indipendente di Valutazione
UPD	Ufficio Procedimenti Disciplinari
CRRA	Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione
Codici di comportamento	Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 62/2013 e il Codice di comportamento aziendale di cui all'art. 54, comma 5 del D.Lgs. 165/2001.

2. Riferimenti normativi

- Legge 6 novembre 2012, n. 190** Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione
- D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165**, Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.
- Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019** Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera lquater, del d.lgs. n. 165 del 2001
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019** Piano Nazionale Anticorruzione 2019
- CCNL dell'Area Sanità (Triennio 2016-2018)** Articolo 19, comma 9, lett. e)
- CCNL del personale dell'Area delle funzioni locali (Triennio 2016-2018)** Articolo 71, comma 12, lett.e)

3. Introduzione

La misura della rotazione, così come definita nel PNA, concorre, insieme alle altre misure organizzative, a prevenire e ridurre il verificarsi di eventi corruttivi, soprattutto nelle aree a più elevato rischio.

All'interno del S.S.N. l'applicazione di questa misura presenta delle criticità legate alla specificità delle competenze richieste nello svolgimento di determinate funzioni. Il settore è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate che spesso sono possedute da un numero molto limitato di soggetti.

Per questi motivi il Coordinamento Regionale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (CRRA) ha ritenuto opportuno fornire alle Aziende sanitarie e agli altri enti del SSR, le seguenti indicazioni generali, condivise dal Coordinamento Regionale, per rendere praticabile la rotazione degli incarichi in quest'ambito, attraverso la definizione di adeguati criteri che non vadano a detrimento del principio di continuità dell'azione amministrativa.

Per quanto non previsto nel presente documento si rinvia alla deliberazione ANAC 215 del 2019 e alle disposizioni normative vigenti in materia.

4. La rotazione ordinaria

La rotazione ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura organizzativa di importanza cruciale nella prevenzione dei fenomeni corruttivi.

E' una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. Riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa stabilire rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate e l'assunzione di decisioni non imparziali.

La rotazione ordinaria non deve determinare inefficienze e malfunzionamenti, non deve avere una valenza punitiva, deve rispettare i diritti individuali dei dipendenti (p.e. diritti sindacali) e deve essere accompagnata da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale accrescendo le conoscenze e la preparazione dei lavoratori.

Laddove si verificano difficoltà applicative, è necessario adottare altre misure organizzative che abbiano effetti analoghi (p.e. maggiore condivisione delle attività, trasparenza interna, segregazione delle funzioni, la rotazione c.d. "funzionale" etc.).

4.1. Criteri generali

Tenuto conto dell'impatto che la rotazione ha sull'intera struttura organizzativa, è consigliabile che le Aziende seguano un criterio di gradualità nella programmazione per evitare l'eventuale rallentamento dell'attività ordinaria e gravi ricadute sui servizi svolti: in attesa che questa si realizzi compiutamente, gli enti del SSR potranno adottare, come evidenziato nel paragrafo precedente, misure alternative in grado di produrre analoghi effetti sulla riduzione del rischio.

La rotazione può essere realizzata anche attraverso e nell'ambito di interventi finalizzati alla riorganizzazione complessiva o parziale dell'Azienda.

La rotazione è una misura rivolta al personale in servizio sia a tempo determinato che indeterminato, con qualsiasi tipologia di incarico (p.e. 15 septies, octies, incarichi libero professionali, ecc.) della dirigenza e del comparto operante nelle aree a rischio con esercizio decisorio o discrezionale.

La rotazione si applicherà prioritariamente al personale destinatario di incarichi dirigenziali nelle aree a maggior rischio di corruzione come risulta dalla valutazione del rischio effettuata nel PTPCT/PIAO dell'Azienda.

4.2. Criteri specifici

Fatto salvo quanto previsto dall'art. 16 , comma 1, lettera l – quater del D. Lgs. 165/2001 in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per fatti di natura corruttiva, si procederà alla rotazione:

- Per il personale della dirigenza, alla scadenza dell'incarico, prioritariamente per i titolari di incarichi in aree ad alto rischio;
- Per le posizioni organizzative, egualmente, alla scadenza dell'incarico, prioritariamente per i titolari di P.O, che operano in aree ad alto rischio;
- Per il restante parte del personale saranno le aziende a valutare i tempi, tenendo conto della valutazione dei rischi, ma anche delle esigenze organizzative delle strutture.

4.3. Limiti per l'attuazione della rotazione

Nella rotazione ordinaria, il coordinamento suggerisce di tenere conto dei seguenti limiti:

- **Vincoli oggettivi:** correlare la rotazione all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle di tipo tecnico (cosiddetta infungibilità) o previste per legge (p.e una particolare abilitazione professionale o iscrizione ad albo);
- **Vincoli soggettivi:** assicurare che la rotazione sia compatibile con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati laddove le misure si riflettano ad es. sulla sede del dipendente.

Inoltre, la rotazione non dovrebbe essere applicata:

- ai profili professionali per i quali è previsto, ai fini dell'assunzione, il possesso di titoli di studio specialistici di cui è titolare una sola unità lavorativa;

- ai profili dirigenziali infungibili. Sono generalmente ritenuti infungibili i dirigenti sanitari (medici, veterinari, odontoiatri, biologi, chimici fisici, farmacisti e psicologi) che sono inquadrati con un profilo ed una disciplina specifici. Tale limitazione non si applica a quelli che svolgono funzioni prevalentemente manageriali. L'infungibilità non si applica a categorie professionali omogenee per le quali la rotazione ordinaria può avvenire nell'ambito dello stesso Dipartimento o in Dipartimenti omogenei.

4.4. Modalità di applicazione

E' consigliabile che la misura della rotazione ordinaria venga applicata, di norma, in base alla seguente procedura. Ciascuna Azienda o Ente potrà discostarsene sulla base della propria Organizzazione motivando ed evidenziando le modalità alternative di attuazione in grado di raggiungere finalità analoghe:

1. Il Direttore delle Risorse Umane provvede a trasmettere annualmente alla Direzione Aziendale un Piano di rotazione contenente l'elenco dei dirigenti e delle posizioni organizzative con incarichi da sottoporre a rotazione nell'anno successivo secondo i criteri generali e specifici riportati nei paragrafi 4.1, 4.2 e 4.3;
2. La Direzione Aziendale, preso atto dell'elenco, stabilisce gli incarichi da conferire previa rotazione, prioritariamente nelle aree definite a rischio alto, secondo i criteri stabiliti dai regolamenti aziendali per l'attribuzione degli incarichi e valorizzazione dei percorsi di carriera del personale della dirigenza Sanitaria, PTA e del comparto. Per l'applicazione della misura dovranno essere tenuti in considerazione i criteri specifici di cui al paragrafo 4.2 e i limiti riportati nel paragrafo 4.3;
3. Il personale del comparto viene inserito in una sezione dedicata del Piano di rotazione. La Direzione valuta di volta in volta l'effettiva necessità di rotazione;
4. Il Direttore delle Risorse Umane comunica al RPCT gli incarichi stabiliti a rotazione secondo quanto deciso dalla Direzione

Aziendale. Nei rimanenti casi ne indica la motivazione e le misure alternative poste in atto;

5. Nella relazione annuale il RPCT espone il livello di attuazione delle misure di rotazione e delle relative misure di formazione, secondo quanto comunicato dal Direttore delle Risorse Umane.

4.5. Formazione

E' consigliabile che dopo l'approvazione del Piano di rotazione siano attivati appositi percorsi formativi e di aggiornamento per creare competenze di carattere trasversale e professionalità idonee a supportare la concreta attuazione del principio di rotazione.

Questi percorsi dovrebbero prevedere l'affiancamento del dirigente da ruotare al subentrante, per la trasmissione delle conoscenze e competenze necessarie per lo svolgimento della nuova attività soprattutto nelle aree a maggior rischio.

Per il comparto, è importante che il personale soggetto a rotazione svolga una adeguata attività di formazione e di affiancamento per acquisire le conoscenze e la perizia necessarie all'espletamento delle nuove attività.

4.6. Misure alternative

Qualora, per i limiti riportati nel paragrafo 4.3, non si possa procedere alla rotazione si possono adottare, compatibilmente con la realtà della struttura interessata, le misure alternative di seguito indicate:

- In caso di concentrazioni di mansioni in capo ad un unico soggetto verificare la possibilità di affidare le diverse fasi procedurali a più persone, pur rimanendo il Dirigente/PO competente alla produzione dell'atto finale;
- Nelle aree ad alto rischio e per le istruttorie più delicate, promuovere meccanismi di condivisione delle fasi procedurali provvedendo ad affiancare all'istruttore un'altra unità lavorativa in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria.

E' strumento idoneo alla rotazione del personale prevedere avvisi per incentivare la mobilità interaziendale.

5. La rotazione straordinaria

La rotazione straordinaria prevista dalla legge è una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, finalizzata a intervenire tempestivamente nell'area ove si sono verificati fatti oggetto di un procedimento penale, anche a tutela dell'immagine di imparzialità dell'Azienda.

La Legge 27 marzo 2001, n. 97 (Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare ed effetti del giudicato penale nei confronti dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche.) stabilisce che quando nei confronti di un dipendente dell'Azienda è disposto il giudizio per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319-ter, 319-quater e 320 del codice penale e dall'articolo 3 della legge 1383/1941, l'Azienda lo trasferisce ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza. In caso di impossibilità (in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi), il dipendente è invece posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento. In caso di condanna non definitiva, il dipendente è sospeso dal servizio. Nel caso sia pronunciata sentenza penale irrevocabile di condanna, salvo quanto previsto dall'art. 32 quinquies c.p., il dipendente è sottoposto a procedimento disciplinare, che può concludersi con il licenziamento.

L'art. 16, comma 1, lettera l-quater del D.Lgs. 165/2001 dispone che i dirigenti provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

5.1. I reati presupposto

Con la Delibera 215/2019, l'ANAC ha stabilito che l'elencazione dei reati (delitti rilevanti previsti dagli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale) di cui all'art. 7 della legge n. 69 del 2015, per "fatti di corruzione", possa essere adottata anche ai fini della individuazione delle "condotte di natura corruttiva" che impongono la misura della rotazione straordinaria ai sensi dell'art.16, comma 1, lettera l-quater, del D.Lgs.165/2001. Questo vale anche nel caso di procedimenti disciplinari che riguardano comportamenti che possono integrare fattispecie di natura corruttiva collegate agli stessi reati.

5.2. Modalità di applicazione

Tutti i dirigenti devono vigilare sull'applicazione della misura in base a quanto stabilito all'art. 16, comma 1, lett. l-quater del D.Lgs. 165/2001.

I dirigenti, l'UPD, l'ufficio Affari Legali, secondo le rispettive competenze, segnalano tempestivamente al Direttore delle Risorse Umane l'avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva a carico di un dipendente. Secondo quanto previsto dalla delibera ANAC 215/2019, l'avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 C.P.P., in quanto, è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale.

Salvo i casi in cui è prevista per legge la sospensione o l'estinzione del rapporto di lavoro, l'adozione del provvedimento della rotazione è obbligatoria per i reati presupposto richiamati al paragrafo 5.1, mentre, è facoltativa nel caso di procedimenti penali avviati per gli altri reati contro la pubblica amministrazione (di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, rilevanti ai fini delle inconferibilità ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 39/2013, dell'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e del D.Lgs. n. 235/2012).

Il Direttore delle Risorse Umane, sulla base della segnalazione ricevuta, in accordo con la Direzione Aziendale, adotta un provvedimento motivato con il quale viene stabilito se la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'Azienda e, eventualmente, si dispone la rotazione straordinaria. Il trasferimento ad altro incarico/attività può avvenire con un trasferimento di sede o con una attribuzione di diverso incarico/attività nella stessa sede dell'Azienda. Il Direttore delle Risorse Umane può anche non disporre la rotazione purché sia stata fatta una valutazione trasparente in base all'esigenza di tutelare l'immagine di imparzialità dell'Azienda.

In analogia con quanto previsto dalla Legge 97/2001, in caso di impossibilità (in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi), il dipendente è invece posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento.

E' opportuno che le Aziende introducano nei propri codici di comportamento l'obbligo per i dipendenti di comunicare la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio.

Allegato 3

Piano triennale dei fabbisogni di personale 2022- 2024

Azienda Us1 Toscana Centro



PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2022- 2024

SOMMARIO

1.Introduzione	3
2. Inquadramento normativo contrattuale del Piano triennale dei fabbisogni	4
3. Consistenza e costi del personale al 31/12/2021	6
4. Cessazioni e assunzioni previste negli anni 2022, 2023 e 2024	7
5. Progetti di attività aggiuntiva	8
6. Specialistica ambulatoriale	9
7. Sintesi conclusiva	10

1 - Introduzione

Il presente documento si pone l'obiettivo di programmare il fabbisogno della forza lavoro dell'Azienda USL Toscana Centro per il triennio 2022-2024, alla luce della programmazione aziendale, dei principali trend che interessano il campo di azione sanitario in generale e delle conseguenze della pandemia da Covid 19.

In particolare prende atto della cessazione dello stato di emergenza e quindi della gestione delle fasi di rientro nella regolarità delle attività e servizi con conseguente riequilibrio e riorganizzazione delle risorse umane.

Coerentemente con quanto previsto dalla normativa di riferimento, il quadro in esso delineato persegue una compatibilità con i vincoli di finanza pubblica vigenti e i contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dalle *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche”* pubblicate nella Gazzetta Ufficiale serie generale n. 173 del 27/07/2018 e dagli indirizzi per la predisposizione dei Piani Triennali di Fabbisogno di personale per il triennio 2022-2024 forniti dalla Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale della Regione Toscana con delibera n. 700 del 20/06/2022.

L'approccio risulta molto flessibile in funzione della variabilità ambientale attuale, ma cerca di tenere comunque conto del grado di compatibilità tra i possibili scenari futuri e i principali vincoli di sistema.

L'impostazione di questa edizione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale ricalca la versione 2020-2022 per assicurare continuità metodologica e possibilità di confronto.

2 – Inquadramento normativo concettuale del Piano triennale dei Fabbisogni

Il piano triennale dei fabbisogni di personale, previsto dagli articoli 6 e 6 ter del decreto legislativo 165 del 2001, così come novellato dal D.Lgs n. 75 del 2017, è uno strumento volto a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance delle amministrazioni in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e ad assicurare, da parte delle amministrazioni destinatarie, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Il presente PTFP viene definito in coerenza con l'attività di programmazione complessivamente intesa sia come documento che si pone alla base delle regole costituzionali di buona amministrazione, sia come strumento imprescindibile di un'organizzazione chiamata a garantire il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese.

Nella predisposizione del PTFP l'Azienda si pone l'ambizioso obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza ai propri residenti.

Il PTFP si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale adottato dal Direttore Generale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività, ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze, soprattutto in questo periodo, possono anche richiedere eventuali modifiche in corso d'anno ove ci si trovi di fronte a situazioni nuove e non prevedibili e purchè tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

La logica alla quale si ispira il presente documento è quella di partire dalle risorse annualmente liberabili dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse attivabili per le assunzioni necessarie a far fronte ai fabbisogni. Queste ultime sono il frutto di una analisi continua dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali che, nel caso della

nostra Azienda, sono prevalente ma non esclusivamente riconducibili alle professioni sanitarie e di “core business” piuttosto che a quelle di supporto o di back office.

Il presente PTFP, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, si ispira ai principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione.

Il PTFP nel rispetto dell'art. 16 del D.lgs n.33 del 14 marzo 2013 “*obblighi di pubblicazione concernenti la dotazione organica e il costo del personale con rapporto di lavoro a tempo determinato*” una volta adottato viene comunicato a SICO quale ente dedicato all’acquisizione dei flussi informativi previsti dal Titolo V del D.Lgs. n.165/2001, riguardanti il personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche.

Coerentemente con quanto richiesto dalle Linee di indirizzo ministeriali, il presente PTFP indica anche:

1. le scelte operate in materia di procedure di “stabilizzazione” previste dal D.Lgs 75/2017 e ss.mm.ii, dalla Legge di Bilancio 2022, secondo le indicazioni contenute nella delibera di Giunta Regionale Toscana n. 700 del 20.06.2022;
2. il ricorso ad ogni forma di lavoro flessibile;
3. le assunzioni obbligatorie della Legge n. 68/99 e le categorie protette nel rispetto della normativa prevista in materia di quote d'obbligo.

Il presente PTFP è predisposto in coerenza con l'atto aziendale approvato ai sensi dell'art. 3, comma 1-bis del d.lgs n. 502/92 e viene sottoposto alla Regione Toscana per la sua approvazione.

3 – Consistenza e costi del personale al 31/12/2021

L'anno 2021 si è concluso con un quadro del personale in servizio pari a 14.977 dipendenti a tempo indeterminato, 478 dipendenti a tempo determinato¹, 127 ad incarico libero professionale, 104 co.co.co e 168 lavoratori in somministrazione.

Riguardo agli aspetti economici, il costo del personale di competenza dell'anno 2021, è stato pari a € 867.609.014, di cui oneri e irap per € 229.100.406. Poiché una analisi compiuta della voce "Costo del Personale" deve tenere conto anche delle risorse impiegate per l'attivazione dei contratti di somministrazione lavoro e per gli eventuali contratti libero professionali, si specifica che nell'anno 2021 i costi sostenuti dall'Azienda per queste voci, ricompresi nel costo suddetto, sono stati:

1. Contratti libero professionali € 7.743.706,15
2. Contratti di somministrazione lavoro € 6.034.974,84

¹ Fonte: base unica

4 – Cessazioni e assunzioni previste negli anni 2022, 2023 e 2024

Per quanto riguarda le cessazioni previste per gli anni oggetto di programmazione di questo documento, avendo verificato che non sono prevedibili ad inizio anno per una quota almeno pari al 40% del totale, risulta ragionevole, per dare un maggior grado di approssimazione all'analisi, fare riferimento ai dati storici con eventuali correzioni che tengano conto dei trend in atto.

In quest'ottica, per gli anni 2022, 2023 e 2024 gli effetti economici delle cessazioni e delle assunzioni previste annualmente sono elencate nell'allegato, nel quale risultano evidenziati, per l'anno 2022, anche gli ingressi previsti a seguito delle procedure di stabilizzazione di cui al D.Lgs.75/2017 ss.mm.ii. e legge 234/2021 in programmazione. Con riferimento a queste procedure si precisa che le stesse potranno subire uno slittamento nell'anno successivo sulla base delle tempistiche necessarie per la conclusione dell'iter concorsuale.

Rimane inteso che gli strumenti di reclutamento atipici, volti a sopperire a carenze improvvise, eccezionali e non trascurabili, saranno utilizzati solamente nel caso e nella misura in cui queste ultime si verificheranno di nuovo negli anni oggetto di programmazione.

Relativamente alle situazioni di criticità legate agli andamenti stagionali prevedibili ma alle quali non si riesce a far fronte con lo strumento ordinario degli incarichi a tempo determinato, l'esigenza da evidenziare risulta quella di potenziare l'organico durante i mesi estivi di Giugno, Luglio, Agosto e Settembre per assicurare a tutti i dipendenti i diritti contrattuali legati al godimento delle ferie estive.

Un'ultima notazione concerne le assunzioni previste da obblighi di legge le quali vengono evidenziate nella tabella sottostante, nonostante che i relativi costi non debbano essere computati ai fini del calcolo del vincolo di cui all'art. 2, comma 71, della Legge Finanziaria del 2010 e per le quali è previsto il seguente piano di assunzioni come da convenzioni vigenti nonché da rilevazione dati al 31.12.2021

	2022	2023	2024	TOTALE
FIRENZE	70	80	80	230
PRATO	33	29	39	101
PISTOIA	15	16	15	46
PISA	5	2	2	9
TOTALE	123	127	136	386

Alla luce di tutto ciò, il costo del personale complessivo programmato per l'anno 2022, al netto delle ricadute della nuova IVC, si attesta a € 857.109.000, importo che tiene conto anche dell'incremento dei fondi contrattuali in applicazione dell' art. 11 c.1 decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 (pari a euro 5.671.889,71 escluso IRAP).

5- Progetti di attività aggiuntiva

Si conferma anche per l'anno in corso l'utilizzo dello strumento di attivazione di progetti di attività aggiuntiva.

Per tali progetti l'importo impiegato per l'anno 2021 è stato pari a circa 7.000.000 € al netto di IRAP e oneri riflessi.

Per questa voce di costo, l'Azienda, pur tenendo in considerazione una rimodulazione dell'impegno legato alle attività di contrasto alla pandemia, stima un costo per l'anno 2022 pari, al netto di IRAP e oneri riflessi, a quello rilevato per l'anno 2021.

A seguito dell'adozione da parte della Regione Toscana dei piani operativi di rientro delle Liste di Attesa, che hanno previsto l'adozione, da parte di ogni Azienda del SSR, di uno specifico piano di riassorbimento delle proprie liste, suddiviso per livello di assistenza e prevedendo l'integrazione tra attività istituzionale, attività

aggiuntiva e acquisto di prestazioni dal privato convenzionato, viene utilizzato lo strumento della produttività aggiuntiva in relazione a specifici progetti di abbattimento liste, sia per quanto concerne l'ambito delle prestazioni di chirurgia elettiva, sia per l'ambito delle prestazioni diagnostiche ed ambulatoriali.

Per tali progetti l'importo impiegato per l'anno 2021 è stato pari a 4.000.000 € circa al netto di IRAP e Oneri riflessi.

Per questa voce di costo l'Azienda, dato il recente piano operativo approvato dalla Regione Toscana con DGRT n. 148/2022 che ha previsto risorse aggiuntive da destinare all'attività aggiuntiva, stima un costo per l'anno 2022 pari a € 4.700.000. Per la specialistica ambulatoriale il costo dei progetti di produttività aggiuntiva è stato pari ad euro 300.733,00 per l'anno 2021.

6 – Specialistica ambulatoriale

Pur non costituendo in senso proprio un costo del personale, i contratti di specialistica ambulatoriale convenzionata vengono inclusi nell'analisi e nella programmazione.

Relativamente a questi ultimi, il costo per l'anno 2021 è stato pari a € 22.905.000,00 al netto di IRAP e oneri riflessi, corrispondente a circa 248 teste equivalenti.

Per il triennio 2022-2024 l'Azienda si pone l'obiettivo di non incrementare le attività ed i relativi costi.

7 – Sintesi conclusiva

Tenuto conto di quanto esposto nell'allegato, il quadro disegnato per gli anni 2022, 2023 e 2024 si ispira agli obiettivi ed ai vincoli della programmazione regionale e

nazionale e si inquadra in un ragionamento sostenibile e coerente con la rimodulazione delle esigenze legate agli andamenti della pandemia.

Rimane ovviamente come punto di riferimento il rispetto del vincolo normativo in materia di costo del personale di cui all'art. 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla L. 25 giugno 2019, n. 60.

In quest'ottica, le deroghe normative introdotte dalla decretazione d'urgenza durante il 2020 e il 2021 a tale vincolo, non essendo ancora state ripartite dalla Regione Toscana tra le Aziende, impongono di prendere a riferimento per la costituzione del presente quadro programmatico il riferimento regionale complessivo contenuto delibera di Giunta Regionale Toscana n.700 del 20.06.2022.

