

|   |   |        |           |        |
|---|---|--------|-----------|--------|
|  | Responsabile Anticorruzione e trasparenza     | Codice | Revisione | Pagina |
|   | Piano Anticorruzione e trasparenza 2021- 2023 |        | V         |        |

## PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

### 2021 – 2023

| Data     | Redazione   | Verifica  | Approvazione  |
|----------|---|---|---|
| 1-3-2021 | Responsabile<br>Anticorruzione e<br>Trasparenza<br>Rossella Centoni | Direttore Amministrativo<br>dr. Lorenzo Pescini | Direttore Generale<br>Dr. Paolo Morello<br>Marchese |

#### Gruppo di redazione :

**Gianluca Nappo e Mariacristina Casini** per catalogo/indice dei processi , monitoraggio e schede dettagliate di analisi dei processi con “Registro dei rischi” riportati in allegato “A” del Piano .

**Benedetta Ninci** per la sezione sulla Trasparenza, monitoraggio , formazione e tabelle di pubblicazione dei dati obbligatori distinti per Dipartimento e strutture organizzative di cui all’allegato “B” del Piano .

**Parole chiave:** anticorruzione, trasparenza, mappatura dei processi , misure specifiche e generali di prevenzione del rischio , whistleblower , conflitto di interessi , pubblicazione obbligatoria , Amministrazione trasparente, accesso civico generalizzato (Foia) , riesame..... .

|  |           |
|--|-----------|
| Premessa .....   | 4         |
| Procedimento di adozione del Piano : consultazione pubblica .....  | 4         |
| Legenda .....  | 5         |
| <b>1. I SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA .....</b>                                 |           |
| Il Direttore Generale e gli obiettivi strategici .....   | 6         |
| Il Piano della performance e gli obiettivi anticorruzione .....  | 6         |
| Il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza .....   | 7         |
| I Direttori di struttura, i dirigenti e tutto il personale dell'azienda .....  | 7         |
| I Referenti, i responsabili e gli addetti alla pubblicazione dei dati obbligatori .....  | 8         |
| La verifica 2020 da parte dell'OIV .....   | 12        |
| L'Ufficio Procedimenti Disciplinari e i rapporti con il RPCT: attività 2020 .....  | 13        |
| Il servizio ispettivo aziendale (S.I.A.) .....   | 16        |
| Il Coordinamento degli RPCT della Regione Toscana .....  | 17        |
| Il Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA aziendale) .....  | 17        |
| <b>2. IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE .....</b>   |           |
| Analisi del contesto esterno .....   | 18        |
| Analisi del contesto interno (la complessità organizzativa) .....  | 21        |
| La mappatura dei processi aziendali .....  | 27        |
| La valutazione del rischio : attività 2020 e programma 2021 .....  | 28        |
| Il trattamento del rischio e l'individuazione delle misure: attività 2020 e programma 2021 .....   | 31        |
| Indice dei processi anno 2020 .....  | 32        |
| <b>3. MONITORAGGIO E RIESAME DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE .....</b>  |           |
| Il monitoraggio effettuato nel 2020 e gli obiettivi per il 2021 .....  | 33        |
| Risultato del monitoraggio effettuato nel 2020 sulle misure specifiche di prevenzione individuate nei processi analizzati nel 2019 ..... | 34        |
| <b>4. MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE .....</b>  |           |
| <b>4.1. LA GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI NEL 2020 E IL PROGRAMMA PER IL 2021 .....</b>   | <b>41</b> |
| Le comunicazioni dei dipendenti ai sensi degli articoli 5 e 6 e dei dirigenti ai sensi dell'art. 13 del Codice di comportamento .....    | 42        |
| L'obbligo di astensione del dipendente in caso di conflitto .....  | 45        |
| Il conflitto di interessi negli incarichi extra istituzionali: attività nel 2019 e programma per il 2020 .....                           | 47        |
| Il conflitto di interessi in casi particolari : il DEC e RES nella fase di esecuzione dei contratti .....                                | 48        |
| Misura per rafforzare l'obbligo di astensione .....  | 49        |
| Alcune misure specifiche di prevenzione del conflitto di interessi individuate all'interno dei processi analizzati .....                 | 49        |
| Alcune casistiche dei conflitti rilevate in Azienda nel corso del 2019 .....   | 50        |
| Conflitto di interessi : tabella riassuntiva, stato di attuazione e programma 2020 .....   | 51        |
| <b>4.2. LA FORMAZIONE NEL 2020 E IL PROGRAMMA PER IL 2021 .....</b>  | <b>52</b> |
| Formazione : tabella riassuntiva, stato di attuazione e programma 2020 .....   | 53        |
| <b>4.3. GESTIONE DELLO WHISTLEBLOWING: ATTIVITA' NEL 2020 .....</b>  | <b>55</b> |

|   |    |
|---|----|
| Whistleblower: tabella riassuntiva, stato di attuazione e programma 2020 .....  | 56 |
| 4.4. IL PANTOUFLAGE : PROGRAMMA PER IL 2021 .....   | 56 |
| Pantouflage : tabella riassuntiva, stato di attuazione e programma 2020 .....   | 57 |
| 4.5. RAPPORTI CON GLI STAKEHOLDERS : il comitato di partecipazione e la carta dei servizi .....   | 57 |
| 4.6. ROTAZIONE DEL PERSONALE : individuazione criteri .....   | 57 |
| <b>5. LA TRASPARENZA: GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E L'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO .....</b>  |    |
| La trasparenza amministrativa : gli obblighi di pubblicazione e l'accesso civico generalizzato .....  | 60 |
| Gli obblighi di pubblicazione e l'attività del 2020 e il programma 2021 .....   | 60 |
| Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione svolto nel 2019 e 2020.....   | 62 |
| La verifica 2020 da parte dell'OIV .....  | 64 |
| L'accesso civico generalizzato in Azienda.....  | 64 |
| Il numero di richieste di accesso civico generalizzato in Azienda ed il riesame del RPCT: numero di richieste a confronto anni 2018-2019 e 2020 ..... | 65 |
| Gli obiettivi per il 2021 .....   | 66 |
| <b>6. ALLEGATI AL PIANO ANTICORRUZIONE TRASPARENZA 2019 – 2021 .....</b>  |    |
| 6.1. ALLEGATO A) - Catalogo dei processi 2020 : schede di analisi complete e "Registro dei rischi" ....   | 67 |
| 6.2. ALLEGATO B)- Tabelle di pubblicazione dei dati obbligatorio suddivise per Dipartimento e strutture .....   | 67 |

## Premessa

**L'attività del 2020 è stata pesantemente condizionata dalla pandemia dovuta al Covid 19 che ha impedito il regolare svolgimento delle iniziative programmate a inizio anno come erano state indicate nel Piano 2020.**

**A causa di questa situazione non è stato possibile, in particolare, svolgere in maniera completa l'analisi completa e programmata dei processi aziendali e l'attività di formazione.**

**Questi due interventi hanno risentito, più di altri, della pandemia anche e soprattutto in una azienda sanitaria , come la nostra, dove l'impegno e la concentrazione delle strutture, si sono concentrate sul problema più grave ed urgente e a cui fare fronte.**

Per gli altri aspetti contenutistici del piano 2021, con scorrimento al 2023, viene ribadita la linea di indirizzo inaugurata anni addietro che ormai può dirsi consolidata. Ovvero abbiamo mantenuto un carattere di "semplicità" ed "intellegibilità" del documento nel suo complesso, anche nelle sezioni che apparentemente potevano apparire tecniche e più complesse.

Anche quest'anno, dunque, l'Azienda presenta un Piano caratterizzato da elementi di "concretezza", e "pragmatismo", qualità che , a nostro avviso, sono indispensabili per rendere il Piano più coerente possibile alla realtà ed il tessuto sociale ed organizzativo nel quale ci troviamo ad operare.

## Procedimento di adozione del Piano : consultazione pubblica

Al termine della predisposizione del Piano 2021 - 2023, il RPCT ha condiviso il documento con la Direzione aziendale in conformità a quanto previsto dall'art. 1, comma 8 della legge n. 190/2012 e come da prassi, ha avviato la fase di adozione mediante preventiva consultazione pubblica.

Il Piano è stato pubblicato sul sito internet aziendale per consultazione **dal 3 al 16 marzo 2021** .

Gli stakeholder interni ed esterni avevano a disposizione un format da compilare per presentare eventuali osservazioni, suggerimenti e contributi.

Non sono pervenute proposte da esaminare.

Il Piano è stato adottato con Delibera del Direttore Generale entro il 31 marzo 2021.

## Legenda

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>ANAC</b>                    | <b>Autorità nazionale anticorruzione</b>   |
| <b>PNA</b>                     | <b>Piano nazionale anticorruzione</b>  |
| <b>RPCT</b>                    | <b>Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza</b>   |
| <b>PTPCT</b>                   | <b>Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza</b>   |
| <b>DG</b>                      | <b>Direttore generale</b>  |
| <b>DS</b>                      | <b>Direttore Sanitario</b>   |
| <b>DA</b>                      | <b>Direttore amministrativo</b>  |
| <b>DSS</b>                     | <b>Direttore dei Servizi sociali</b>   |
| <b>AUSLTC</b>                  | <b>Azienda unità sanitaria Toscana Centro</b>  |
| <b>DIR</b>                     | <b>Direttori di Dipartimento o di Staff del Direttore generale</b>   |
| <b>RESP</b>                    | <b>Direttori di struttura</b>  |
| <b>REF</b>                     | <b>Referenti dell'anticorruzione e della trasparenza individuati all'interno dei dipartimenti tecnico amministrativi</b> |
| <b>OIV</b>                     | <b>Organismo interno di valutazione</b>  |
| <b>LEGGE SULLA TRASPARENZA</b> | <b>DLGS 33/2013</b>  |
| <b>LEGGE ANTICORRUZIONE</b>    | <b>DLGA 190 DEL 2012</b>   |
| <b>CODICE DEGLI APPALTI</b>    | <b>DLGS 50/2016</b>  |

|   |  |               |                  |               |
|---|--|---------------|------------------|---------------|
|  | <b>Responsabile Anticorruzione e trasparenza</b>     | <b>Codice</b> | <b>Revisione</b> | <b>Pagina</b> |
|   | <b>Piano Anticorruzione e trasparenza 2020– 2022</b> |               | V                |               |

## 1. I SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI NEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

### Il Direttore Generale e gli obiettivi strategici

Il DG in quanto “l'organo di indirizzo” definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPC”. Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPC nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.

In linea con questa disposizione il DG aziendale ha definito gli obiettivi strategici adottando gli atti di indirizzo, sia di carattere generale che specifico, tra i quali, in particolare, si evidenzia l'inserimento, nella scheda di valutazione di valutazione individuale, l'obbligo di mappare i processi a maggior rischio corruzione nel settore sanitario, collegando così la performance del RPCT agli adempimenti propri della sua funzione determinando quindi un forte collegamento ed inter relazione tra il Piano anticorruzione ed il Piano della Performance nel quale una specifica sezione è dedicata alla valutazione delle performance individuali dei dirigenti.

La collaborazione con l'organo di indirizzo si concretizza anche con le comunicazioni sull'attività svolta dal RPCT e con la sua “relazione annuale” indirizzata ad Anac e alla Direzione aziendale da pubblicare nel sito web dell'amministrazione ai sensi dell'art' 1, co.14 della l.190/2012 .

In ogni caso il RPCT riferisce sull'attività svolta ogni volta ed in ogni caso l'organo di indirizzo lo richiama.

Il Direttore Generale ha confermato anche per il 2020 il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza nominato con decorrenza 1° luglio 2016 ai sensi della delibera n. 897 del 22-6-2016 ed ha approvato il Piano 2021 - 2023 **entro il 31 marzo 2021** .

### Il Piano della performance e gli obiettivi anticorruzione

Un fattore molto rilevante del sistema è ed è stato quello di integrare e coordinare tra di loro gli obiettivi del Piano della performance e quelli del Piano triennale della prevenzione anticorruzione. Tale necessità anche in esecuzione delle indicazioni di ANAC.

L'integrazione ed il coordinamento si realizzano, necessariamente, in quanto entrambi gli strumenti di programmazione perseguono gli obiettivi strategici e coordinati tra loro che la direzione aziendale ha fissato all'inizio dell'anno.

Il maggiore coordinamento tra i Piani si fa evidente sia in quanto l'anticorruzione e la trasparenza assumono una rilevanza particolare all'interno del Piano della performance a cui viene dedicata una sezione specifica, sia per quanto riguarda gli obiettivi assegnati al personale dirigente e quindi relativi a misurare le performance individuali.

Il piano della performance ha previsto in particolare che necessariamente obiettivi riferiti all'analisi dei processi ai fini dell'anticorruzione, partecipazione a corsi anticorruzione e trasparenza, fossero indicati come obbligatori nel sistema di valutazione della performance dei dirigenti e delle strutture organizzative aziendali. Ovvero gli tali obiettivi riferiti all'anticorruzione trasparenza si sono tradotti in obiettivi specifici ed operativi assegnati alle strutture organizzative aziendali mediante le negoziazioni di budget. Sono quindi direttamente attribuiti al personale dirigenziale titolare di budget (Direttori di Dipartimento, di Struttura Operativa Complessa, di Struttura Operativa Semplice dipartimentale e Struttura Operativa Semplice). A loro volta, i predetti Direttori, nell'ambito del più ampio sistema e ciclo della performance, provvederanno a declinarli a tutto il personale sia dirigente che di comparto, afferente alle loro strutture.

Nel corso dell'anno 2020 è stata proseguita la valutazione delle performance delle posizioni organizzative ma in modo più approfondito e particolareggiato.

**Per quanto riguarda la valutazione delle performance individuali dei dirigenti rimane ancora in piedi la decisione di inserire nelle schede di valutazione l'impegno dei dirigenti direttori di struttura e dei loro collaboratori di indicare, su richiesta del RPCT, quali a loro giudizio i processi a maggior rischio corruttivo all'interno delle loro strutture e quindi attivare per questi l'analisi con la conseguente individuazione delle**

**misure di mitigazione dei rischi. Di conseguenza prevedere una penalizzazione di punteggio con ricaduta economica per quei direttori di struttura che non rispondono alla richiesta, omettono tale disposizione e che non partecipano all'analisi.**

**Un obiettivo rimarcato nella valutazione della performance dirigenziale è quello di partecipare obbligatoriamente ai corsi di formazione in materia di anticorruzione-trasparenza in modo da prevedere una penalizzazione nel caso in cui il personale non abbia rispettato tale obbligo .**

**In questi modo si realizza una concreta relazione tra gli obiettivi del Piano anticorruzione e il Piano della performance quanto mai necessarie affinché gli obiettivi del primo siano a pieno titoli obiettivi aziendali a tutti livelli organizzativi.**

## Il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza

Il RPCT di AUSL T.C. dal 19 agosto 2019 svolge la funzione in via esclusiva, in quanto la Direzione aziendale ha ritenuto necessario che, in un'azienda così grande e complessa come AUSL Toscana Centro, fossero evidenziati e valorizzati i compiti e le responsabilità del RPCT anche con la costituzione e l'affidamento della direzione di una specifica struttura organizzativa (SOS Anticorruzione e trasparenza).

La Direzione Aziendale ha seguito le indicazioni di ANAC in particolare è stata garantita l'esigenza che il RPCT abbia adeguata conoscenza del funzionamento dell'amministrazione sia scelto tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva e che non svolgano attività nei settori più esposti al rischio corruttivo.

Da un punto di vista organizzativo, le funzioni del RPCT sono state incluse all'interno della Direzione Amministrativa in quanto l'art. 1, co. 14, l. 190/2012 stabilisce l'obbligo per il RPCT di riferire all'Organo di indirizzo sull'attività, Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda, il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta.

Come per gli anni passati il RPCT nello svolgimento delle sue funzioni è coadiuvato da tre collaboratori in possesso di varie e diverse professionalità. Questo gruppo di lavoro è permanente nel senso che si occupa a tempo pieno di anticorruzione e trasparenza.

Nel Piano il gruppo di lavoro che collabora con il RPCT è individuato con l'acronimo **GLP** .

L'impegno del gruppo di lavoro ha dato ottimi risultati ed interviene, in linea con le indicazioni fornite dal RPCT, nell'attività di mappatura ed analisi dei processi, in quella di monitoraggio, nell'attività di supporto alle strutture e nell'attività di formazione etc.

Il Piano , quindi , come prevede (art. 1, co. 8) della legge 190/2012 è un'attività tutta interna da svolgere necessariamente da parte di un dirigente interno all'amministrazione sia perché presuppone una profonda conoscenza della struttura organizzativa, di come si configurano i processi decisionali (siano o meno procedimenti amministrativi) e della possibilità di conoscere quali profili di rischio siano coinvolti; sia perché è finalizzato all'individuazione delle misure di prevenzione che più si attagliano alla fisionomia dell'ente e dei singoli uffici e al loro migliore funzionamento.

Per le molteplici prerogative, competenze, funzioni e tutele del RPCT si rinvia all'allegato 3 del PNA 2019 approvato da Anac con delibera 1064 del 13-11-2019 .

Per le numerose ed altre prerogative del RPCT , oltre la predisposizione del Piano, quali la verifica dell'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni, si fa rinvio alle norme .

In questa sede si segnala soltanto una novità ovvero la prerogativa stabilita dal decreto sulla trasparenza (D.lgs. 33/2013) l'art. 5, comma 7, che attribuisce al RPCT il compito di pronunciarsi sul riesame dell'accesso civico: *"Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6"* . In questo caso il RPCT decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni".

Infine si segnala la competenza del RPCT a curare la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento. ai sensi dell'art. 15, comma D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62.

## I Direttori di struttura, i dirigenti e tutto il personale dell'azienda

I Direttori di Dipartimento e degli Staff di direzione generale e della direzione sanitaria , insieme ai direttori delle strutture organizzative ed ai funzionari, sono i soggetti che, all'interno dell'azienda, detengono una

profonda conoscenza di come si configurano i processi decisionali di loro competenza, di come sono strutturati i procedimenti amministrativi, dei dati contabili, tecnici, amministrativi e sanitari etc. e quindi rappresentano una fonte preziosa e insostituibile di conoscenze, valutazioni, detenzione di dati etc. per cui un loro coinvolgimento nel sistema, rappresenta un punto di forza dal quale partire, ma anche e soprattutto da sviluppare ed incrementare attraverso incontri, riunioni, scambio di vedute e relazioni che trovano la loro piena attuazione nella partecipazione dei direttori nell'analisi dei processi e nell'attuazione della trasparenza amministrativa.

Nel nostro sistema di prevenzione della corruzione, i Direttori di dipartimento, i direttori di Staff delle direzioni vengono identificati con l'acronimo di **"DIR"** mentre i direttori di struttura semplice o complessa con quello di **"RESP"**. Questi soggetti e comunque i funzionari che gestiscono il processo interagiscono nel sistema ed hanno ruoli e funzioni di grande rilievo ed evidenza in quanto :

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti (art. 16, comma 1, lettera l-bis, D.Lgs. 165/2001);
- forniscono informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e a formulare specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (art. 16, comma 1, lettera l-ter, D.Lgs. 165/2001);
- provvedono al monitoraggio di primo livello riguardo l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione già individuate;
- rispettano le prescrizioni contenute nel PTPCT e collaborare con il RPCT (art. 8, D.P.R.62/2013);
- assicurano l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'Azienda, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati/informazioni e documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale (art. 9, D.P.R. 62/2013);
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare sul sito istituzionale ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (art. 43, comma 3, D.Lgs.33/2013; delibera ANAC n. 1310/2016, sostitutiva della Delibera CIVIT n. 50/2013);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione (art. 15, D.P.R. 62/2013);
- controllano ed assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico (art. 43, comma 4, D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016).

Nel sistema aziendale **tutti i dipendenti** sono comunque gli attori fondamentali ed insostituibili della strategia di prevenzione della corruzione, collaborano con il RPCT per l'attuazione delle misure di prevenzione e si adoperano per l'attuazione della trasparenza, conformano le proprie azioni alle disposizioni contenute nel Codice di comportamento, segnalano le situazioni di illecito, si astengono in caso di conflitto di interesse.

### I Referenti, i responsabili e gli addetti alla pubblicazione dei dati obbligatori

All'interno del sistema a livello dipartimentale sono individuati - **i Referenti dell'anticorruzione e della trasparenza** - che nel Piano sono identificati con l'acronimo di **REF**.

**I referenti sono stati nominati con delibera del DG n. 525 del 13.04.2017**, salvo le modifiche intervenute di cui viene preso atto con la delibera che ha approvato il Piano 2020.

Tali aggiornamenti, rispetto a quanto determinato con la delibera del DG 525/2017, riguardano la nomina del referente per il dipartimento del Decentramento e del Dipartimento della prevenzione.

Questa che segue è la situazione definita ad oggi :

- per il Dipartimento risorse umane : il referente è Sonnj Paccagnini
- per il Dipartimento di area tecnica : il referente è Roberta Giannetti
- per il Dipartimento Amministrazione Pianificazione e Controllo di Gestione: il referente è Aldo Patruno
- per lo Staff del Direzione Generale : il referente è Ilaria Perigli
- per il Dipartimento di Prevenzione : il referente è Nadia Betti
- per il Dipartimento del Decentramento: il referente è Laura Belmonte

Il loro coinvolgimento è stato ed è fondamentale per lo sviluppo dell'intero sistema anche perché sono stati individuati soggetti, non soltanto particolarmente qualificati professionalmente, ma anche e soprattutto estremamente sensibili ai temi della legalità, dell'etica e della trasparenza.

Nel corso del 2019 si è rafforzato ulteriormente il rapporto di collaborazione con i Referenti, anche alla luce dell'aggiornamento del processo di gestione del rischio. Tutti i Referenti anticorruzione, ognuno per il proprio specifico ambito di competenza, hanno partecipato attivamente alla fase di aggiornamento della mappatura dei processi a rischio di corruzione, alla fase di valutazione dei relativi rischi e alla formulazione di proposte per la messa in atto di misure per il trattamento del rischio, di cui meglio si dirà nel prosieguo. I Referenti per la prevenzione della corruzione concorrono a supportare e coadiuvare l'attività del RPCT in considerazione della complessità dell'organizzazione aziendale.

I principali compiti dei Referenti sono:

- assicurare attività informativa nei confronti del RPCT, affinché quest'ultimo abbia tutti necessari elementi e riscontri sugli aspetti organizzativi e le attività dell'Azienda USL;
- partecipare al processo di analisi dei rischi;
- intervenire nella predisposizione annuale del Piano;
- collaborare al monitoraggio periodico sullo stato di attuazione delle misure previste nel Piano;
- collaborare all'applicazione delle disposizioni in materia di conflitto di interessi;
- segnalare eventuali criticità.

Accanto ai referenti dell'anticorruzione e trasparenza nominati per ogni Dipartimento tecnico-amministrativi, sono stati individuati - ai sensi dell'art. 10 del Dlgs 33/2013 - i **Responsabili della pubblicazione** dei dati obbligatori in Amministrazione trasparente i cui nominativi sono stati indicati in una tabella riportata di seguito insieme ai nominativi dei dipendenti **addetti** alla pubblicazione che sono stati indicati come coloro che materialmente pubblicano i dati in Amministrazione trasparente.

Questa ulteriore indicazione circa l'individuazione degli "addetti" è sembrata opportuna per responsabilizzare maggiormente tutti coloro che sono impegnati a dare concreta e definitiva attuazione alla pubblicazione dei dati obbligatori a conclusione del processo relativo alla predisposizione ed al flusso dei dati. Il loro impegno e la loro affidabilità e competenza sono elementi essenziale e imprescindibili per una corretta pubblicazione e per concreta attuazione della trasparenza amministrativa.

Salva, quindi, la responsabilità in capo al direttore di struttura per la trasmissione e pubblicazione dei dati di loro competenza, è stata evidenziata la rilevanza al ruolo che gli addetti alla pubblicazione ricoprono all'interno dell'intero processo di pubblicazione. A questo fine sono stati organizzati specifici incontri che saranno incrementati nel corso del 2020 in quanto è parsa evidente la loro utilità per la partecipazione sentita di tutti gli addetti che hanno presentato proposte e critiche costruttive per il miglioramento dell'attività e della piattaforma informatica utilizzata per la pubblicazione.

| RESPONSABILI E ADDETTI ALLA PUBBLICAZIONE DEI DATI OBBLIGATORI IN AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE |                                 |  |   |                                      |
|---|---------------------------------|--|---|--------------------------------------|
| Dipartimento/Staff  | Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura all'interno del Dipartimento/Staff   | Direttore della Struttura ovvero Responsabili della trasmissione e pubblicazione del dato | Addetti alla pubblicazione           |
| Staff Direttore Generale  | Valerio Mari                    | Uff. proc. disciplinari  | Valerio Mari  | Gianclaudio Pais                     |
|   |                                 | SOC Organizzazione e progetti tecnologici  |   | Ilaria Perigli<br>Elisabetta Querini |
|   |                                 | SOS Comunicazione  |   | Paolo Baldini                        |
| Staff DS  | Roberto Biagini                 | Staff DS/SOS CUP – Call Center/SOS Gestione Operativa ( <b>PER PUBBLICAZIONE LISTE DI ATTESA</b> ) | Roberto Biagini/Leonardo Pasquini/Antonio Guarracino                                      | Letizia Pompignoli                   |

|   |                           |   |   |   |
|---|---------------------------|---|---|---|
|   | Roberto Biagini           | Area Pianificazione ed analisi performance sanitaria<br>SOC Organizzazione e progetti tecnologici | /   | Ilaria Perigli  |
| <b>Direzione Amministrativa</b>                               | Direttore Amministrativo  | SOS Anticorruzione e Trasparenza  | Rossella Centoni                          | Benedetta Ninci   |
|   |                           | SOC Affari Generali   | Lucia Carlini                             |   |
|   |                           | SOC Aff. Legali e Avvocatura  | Paolo Federigi                            | Elisabetta Fulignati  |
|   |                           | SOC Acquisizione beni e servizi   | M. Teresa Asquino                         | Volpi Simone<br>Sandra Bonini<br>Grazia Gerbi<br>Sonia Mura |
|   |                           | SOC Comitato gestione sinistri e assicurazione  | Claudia Dami                              | Lucia Borghini  |
| <b>O.I.V.</b>   | Presidente Anna Bonini    | O.I.V.  | Presidente Anna Bonini                    |   |
| <b>Risorse Umane</b>  | Arianna Tognini           | SOC Pol. e Rel. Sind.li   | Arianna Tognini                           | SonnjPaccagnini   |
|   |                           | SOS Assunzioni e Rapporti con ESTAR   | Ginevra Occhiolini                        |   |
|   |                           | SOS Attività Libero Professionale   | Francesca Fontanelli                      |   |
|   |                           | SOC Gestione Risorse Umane  | Luciano Lippi                             |   |
|   |                           | SOC Proc. Amm. del pers.  | /   |   |
|   |                           | Area Pers. Conv.  | /   |   |
| <b>Amministrazione Pianificazione e Controllo di Gestione</b> | Valeria Favata            | Area Pianif.e controllo   | Valeria Favata<br>Romina Cardarelli Tozzi | Aldo Patruno  |
|   |                           | Area Amm. bil. e finanza  |   |   |
|   |                           | SOC Budget e Monitoraggio Costi   |   |   |
|   | SOC Contabilità generale  | Antonio Campostrini   | Massimiliano Vannini                      |   |
|   | SOC Contabilità analitica | Sandro Signorini  | Franca Agrippino                          |   |
|   | SOC Fornitori             | Romina Cardarelli Tozzi   | Marco Nencioni                            |   |
|   | SOS Gestione Operativa    | Antonio Guarracino  | Letizia Pompignoli                        |   |
|   | SOC Clienti               | Fulvio Principe   | Patrizia Marini                           |   |
|   |                           | SOC Patrimonio  | Guido Bilello                             | Roberta Giannetti   |
|   |                           | SOC programm. Invest. sul patrimonio  | Marco Brintazzoli                         |   |

|                      |                   |  |   |   |
|----------------------|-------------------|--|---|---|
| <b>Area Tecnica</b>  | Marco Brintazzoli | Tutte le Strutture del Dipartimento  | Marco Brintazzoli<br>Massimo Martellini<br>Guido Bilello<br>Luca Tani<br>Luca Meucci<br>Ermes Tesi<br>Gianluca Gavazzi<br>Luca Salvadori<br>Pierluigi Bellagambi<br>Ivo Bigazzi | Claudia Cervo<br>Monica Drovandi<br>Simona<br>Faellini<br>M.Christina<br>Funis<br>Roberta Giannetti<br>Sara Guttadauro<br>M.Teresa<br>Parrino<br>Sara Rigacci<br>Giovanni Sedda<br>Teresina Telesca |
|                      |                   | Area Manut. e gest. investimenti Empoli,Fi,Pt,Po   | Luca Tani<br>Luca Meucci<br>Ermes Tesi<br>Gianluca Gavazzi  | Roberta Giannetti   |
| <b>Decentramento</b> | Rita Bonciani     | SOC CUP Call Center<br>SOS URP e Tutela  | Leonardo Pasquini   | Paola Francioni   |
|                      |                   | SOS CUP - Call Center<br>SOC Servizi ai cittadini<br>Firenze Empoli<br>SOC Servizi ai cittadini<br>Prato Pistoia<br>SOS Servizi ai cittadini e accoglienza Firenze<br>SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Firenze - Empoli<br>SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Prato - Pistoia<br>SOC Servizi amministrativi alle strutture, alla Medicina Legale e alla Prevenzione<br>SOC Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti pubblici<br>SOC Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti privati | Leonardo Pasquini<br>M.A. Ciardetti<br>Claudio Sarti<br>Giovanni Papani<br>Annalisa Ghibelli<br>Cristina Maggini<br>Ferdinando Milicia<br>Rita Bonciani<br>Giorgio Nencioni     | RUP delle Strutture/Aree elencate   |
|                      |                   | SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Firenze - Empoli<br>SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Prato - Pistoia<br>SOC Servizi amministrativi alle strutture, alla Medicina Legale e alla Prevenzione  | Annalisa Ghibelli<br>Cristina Maggini<br>Ferdinando Milicia   | Federica Cini   |
|                      |                   | SOC Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti privati  | Giorgio Nencioni  | Federica Cini   |
| <b>Prevenzione</b>   | Renzo Berti       | Staff Dip.<br>Area Ig. e san. Pub. e della nutriz.<br>Area San. Pub. Vet. e sic. Aliment.<br>Area Prev. Ig. e sicur. nei luoghi di lavoro  | Giorgio Garofalo<br>Luca Cianti<br>Luigi Mauro  | Michela Balduini  |

## La verifica 2020 da parte dell'OIV

Per quanto riguarda l'attività di verifica svolta da OIV sull'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione dei dati in Amministrazione trasparente si rinvia a quanto già scritto a pagina 11 nella prima parte del Piano.

Si fa presente che, per quanto riguarda l'attestazione sulla completezza e correttezza dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria in amministrazione trasparente, l'OIV aziendale ha svolto la verifica in **data 30 giugno 2020** successivamente rettificata come di seguito:

L'OIV ha rilasciato pertanto parere positivo e attestando che:

- l'Azienda ha individuato misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione trasparente
- l'Azienda ha individuato nella sezione trasparenza del Piano i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi dell'art. 10 del Dlgs 33/2013.
- l'Ente non ha disposto filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione AT salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente

Allegato 1.1 alla delibera ANAC n. 213/2020 – Documento di attestazione per le pubbliche amministrazioni di cui al § 1.1,

**Organismo Indipendente di Valutazione – Azienda USL Toscana Centro**

### Documento di attestazione

A. L'Organismo Indipendente di Valutazione presso l'Azienda USL Toscana Centro ha effettuato, ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g), del dlgs. n. 150/2019 e delle delibere ANAC n. 1310/2016 e n. 213/2020, la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ricerca documentario, dato ed informazione elencati nell'Allegato 3.1 – Griglia di rilevazione al 30 giugno 2020 della delibera n. 213/2020.

B. L'Organismo Indipendente di Valutazione ha svolto gli accertamenti tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi dall'attività di controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione svolta dal Responsabile della prevenzione della manutenzione e della trasparenza ai sensi dell'art. 43, co. 1, del dlgs. n. 33/2013.

Sulla base di quanto sopra, l'Organismo Indipendente di Valutazione, ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g), del dlgs. n. 150/2019

### ATTESTA CHE

□ L'ente ha individuato misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";

□ L'ente ha individuato nella sezione Trasparenza del Piano i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi dell'art. 10 del dlgs. 33/2013;

□ L'ente NON ha disposto filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione AT, salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente;

### ATTESTA

la veridicità e la attendibilità, alla data dell'attestazione, di quanto riportato nell'Allegato 2.1, rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'amministrazione/ente.

L'Organismo Indipendente di Valutazione certifica il precedente documento di attestazione, datato 16/07/2020, per un mero errore materiale.

Dati, 27/06/2021

Firma dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione dell'AUSL Toscana Centro

Dott.ssa Anna Bonini

Dott.ssa Gabriella Pellegrini

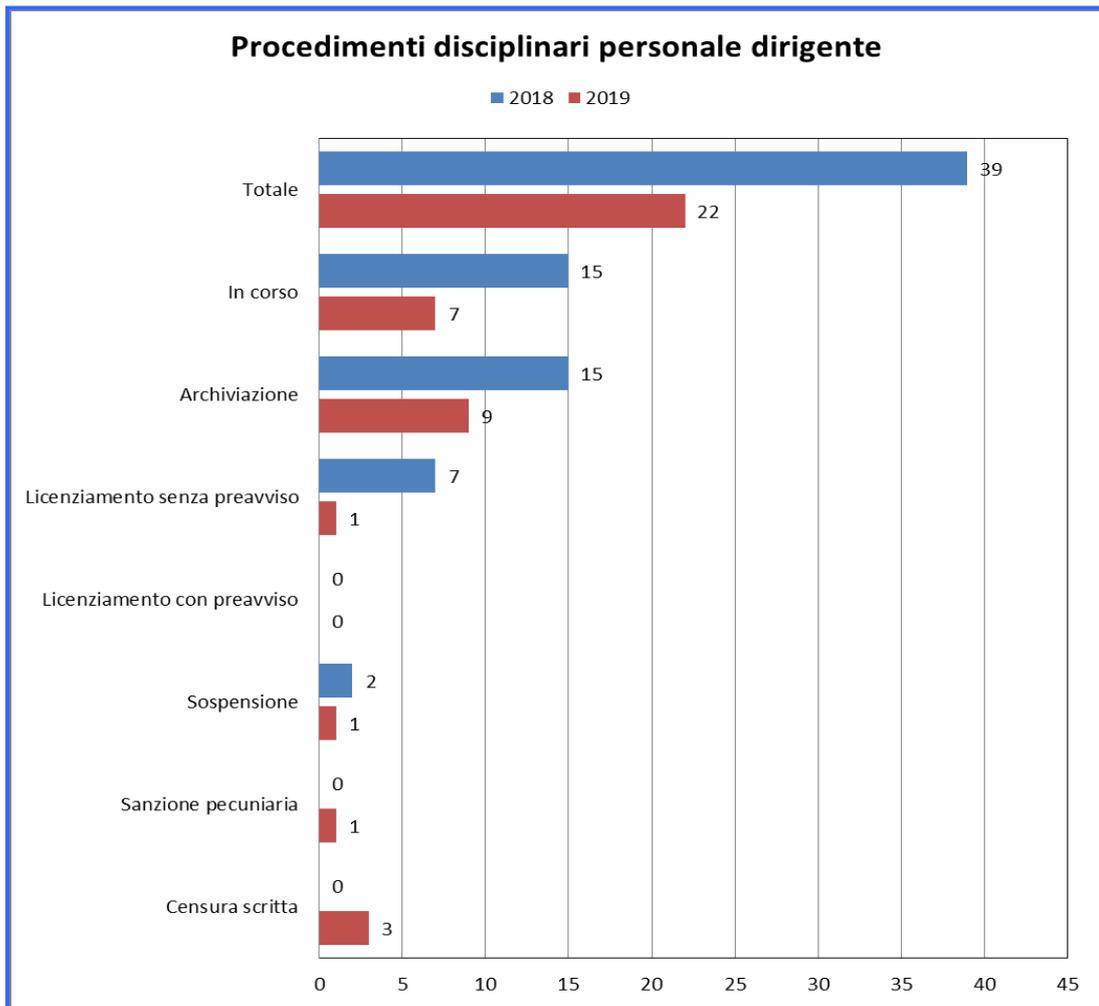
Dott. Alberto Romolini

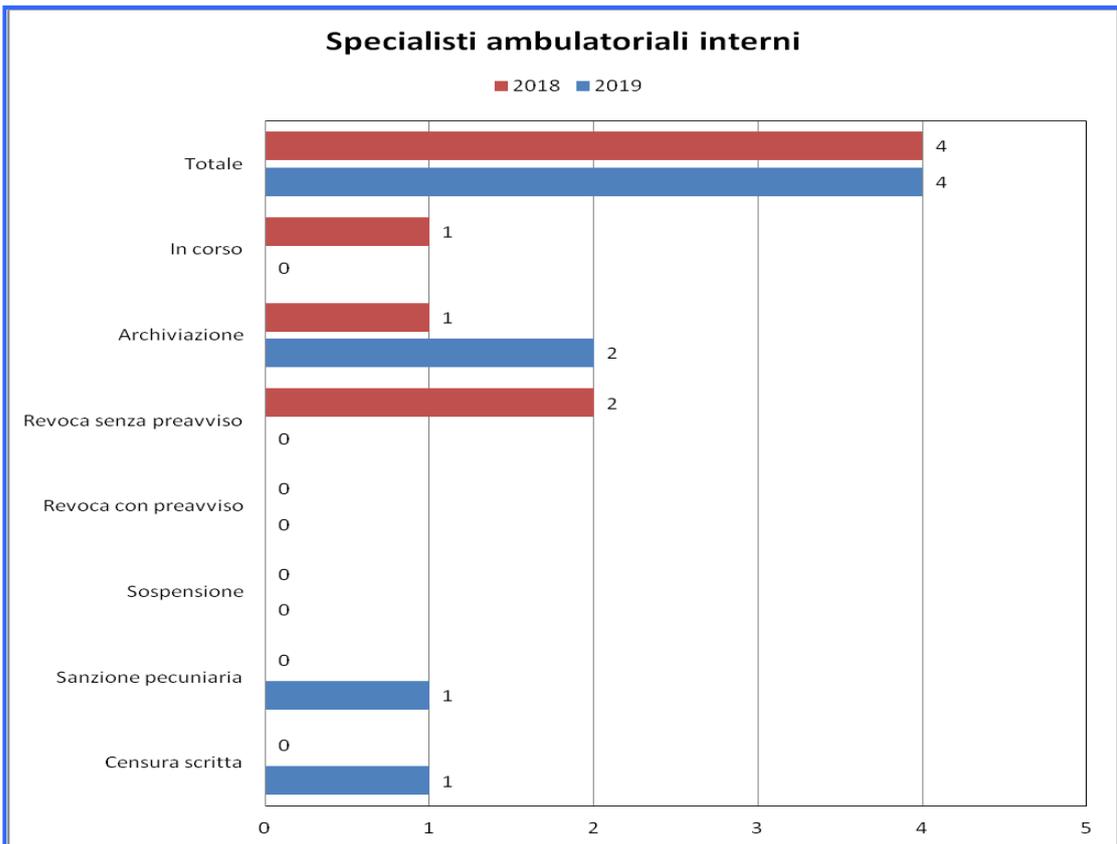
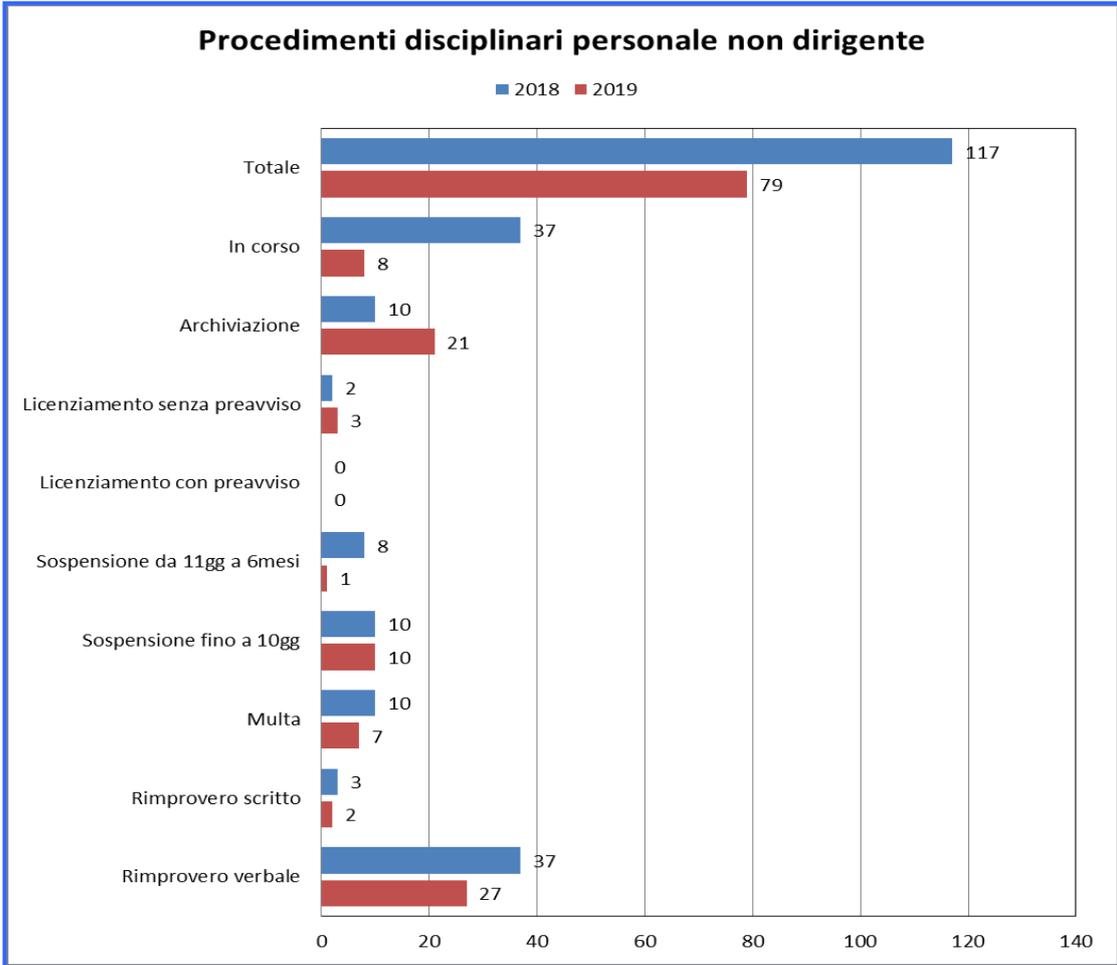
Il numero di verifiche è in linea con quanto stabilito dall'OIV/altra organizzazione con funzioni analoghe all'allegato

## L'Ufficio Procedimenti Disciplinari e i rapporti con il RPCT: attività 2020

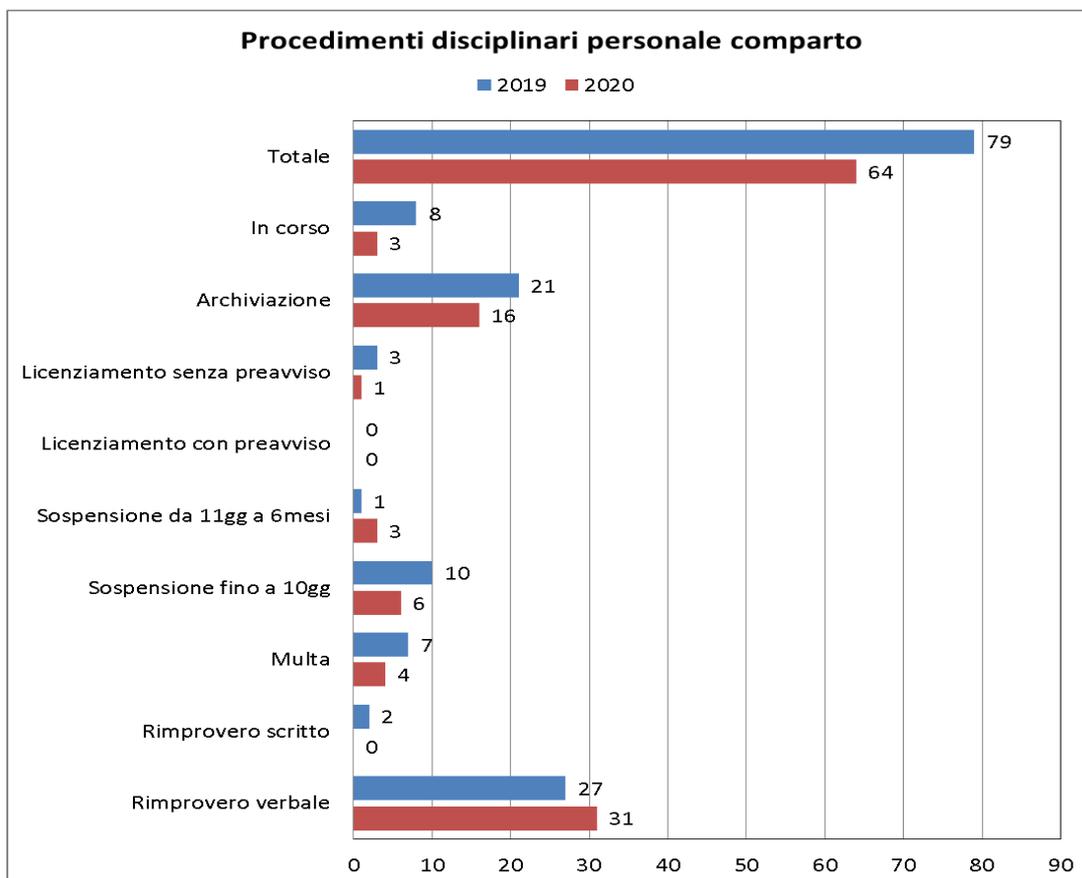
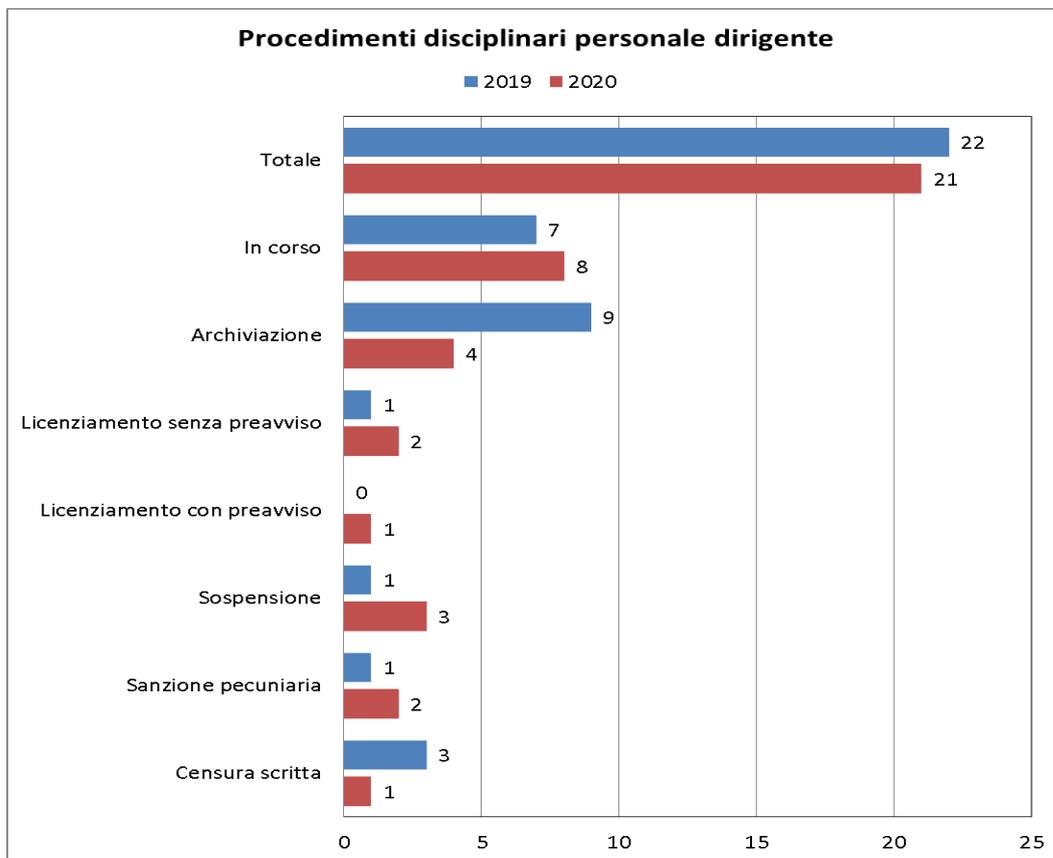
Nel corso del 2020 si sono intensificati i rapporti tra il RPCT e l'UPD nel senso che le segnalazioni di whistleblower, dopo gli opportuni approfondimenti da parte del RPCT riguardo alla sussistenza di una probabile veridicità delle segnalazioni stesse, sono state trasmesse all'UPD per gli opportuni provvedimenti sanzionatori. La collaborazione è, comunque, buona e costante anche in tutti gli altri settori di interesse ed intervento comuni .

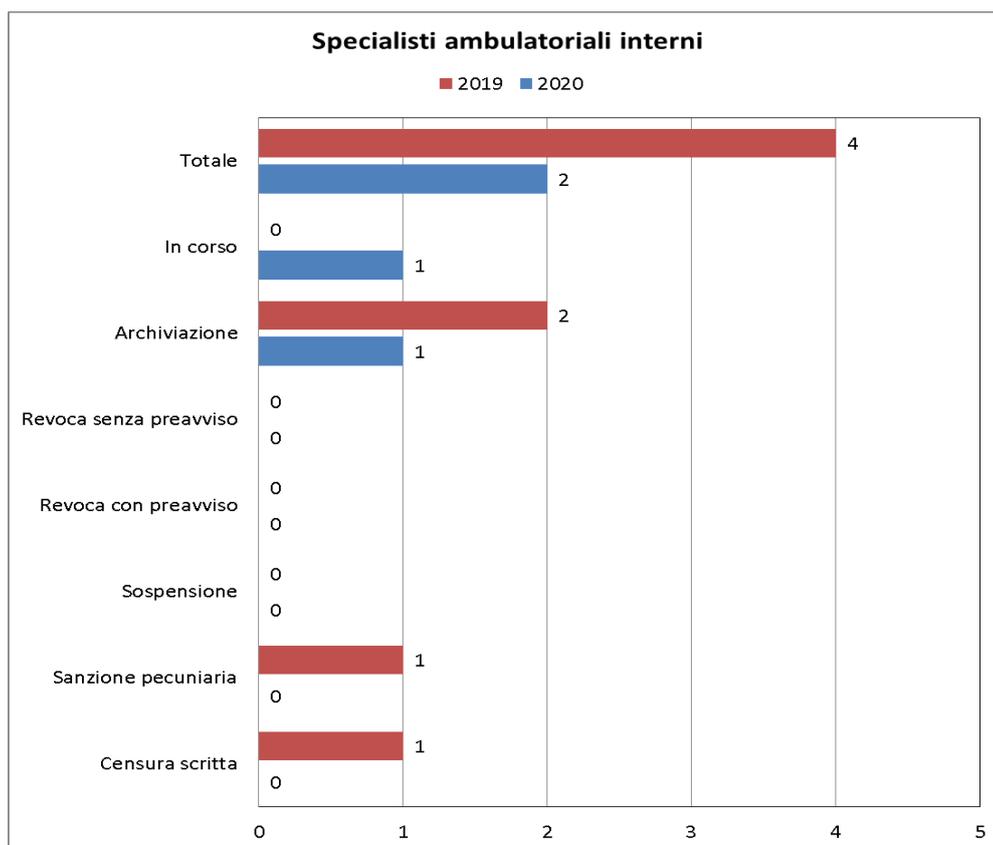
**Nelle tabelle che seguono sono riportati i procedimenti disciplinari disposti per il personale dirigente, di comparto e specialisti ambulatoriali nel 2019 rispetto a quelli del 2018**





Nelle tabelle che seguono sono riportati i procedimenti disciplinari disposti per il personale dirigente, di comparto e specialisti ambulatoriali nel 2020 rispetto a quelli del 2019





### Il servizio ispettivo aziendale (S.I.A.)

L'azienda con delibera del DG n. 1118 del 27 luglio 2019 ha costituito Il Servizio ispettivo aziendale approvando un apposito regolamento che ne definisce le prerogative

Il servizio ispettivo aziendale è stato istituito ai sensi della legge n° 662/1996 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", così come integrato 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. 30 marzo 2001, n. 165 come modificato dal D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150.

Il servizio svolge una funzione di controllo e verifica delle disposizioni in materia di conflitto di interessi e incompatibilità del pubblico impiego, al corretto svolgimento dell'attività libero professionale intra ed extra muraria nonché all'applicazione del divieto di cumulo di impieghi affidata al Servizio ispettivo aziendale.

Oltre ai suddetti accertamenti il SIATC è 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 norma vigenti.

Un ulteriore serie di controlli riguarda la consumazione del pasto al di fuori dell'orario di lavoro e, comunque, nel rispetto delle vigenti norme contrattuali, la verifica del rispetto delle modalità di accesso ai percorsi di specialistica ambulatoriale dell'Azienda, con particolare riferimento all'attività istituzionale, Libera professione intramoenia ed Area a Pagamento così come disciplinato dalla procedura Aziendale organizzazione dell'Accesso ai percorsi di specialistica ambulatoriale Azienda USL Toscana Centro, cui si rimanda integralmente.

Il SIATC è incardinato nello Staff della Direzione Generale, è composto da un Dirigente e da almeno 8 operatori, tra i quali viene individuato il segretario operativo. Il Segretario operativo viene nominato dal Direttore Generale, su proposta del Dirigente responsabile del SIA. In via di prima applicazione, in assenza del dirigente il Direttore Generale procede direttamente alla nomina, a seguito di procedura idonea. Il Dirigente responsabile ed il Segretario Operativo svolgono l'attività presso il servizio ispettivo in via esclusiva.

Gli altri operatori del SIATC sono individuati tra funzionari ed i dirigenti dell'Azienda, garantiscono le funzioni di verifica e controllo attribuite al SIATC, ma in fase di prima attuazione non esclusiva, rimanendo assegnati alle strutture di appartenenza. Ciò per verificare l'effettivo carico di lavoro connesso a seguito dell'avvio dell'attività medesima. Gli operatori sono proposti a seguito di apposita procedura idoneativa dal Direttore del Dipartimento delle Risorse Umane al Direttore Generale che, previa valutazione ed acquisita la disponibilità del singolo dipendente, provvede alla nomina con propria nota. La nomina a componente del SIATC ha durata di tre anni.

Il Servizio ispettivo ha anche il compito di verificare, su richiesta specifica dei direttori di struttura interessati, la veridicità delle comunicazioni sul conflitto di interessi a cui sono obbligati i dipendenti ai sensi dell'art. 5 e 6 del Codice di comportamento e i dirigenti ai sensi dell'art. 13.

Tra il RPCT e il Sia si è sviluppata una collaborazione e un confronto sui casi di interesse comune e su tematiche il cui il RPCT può svolgere una funzione di riferimento normativo per le materie di interesse del Sia che afferiscono al sistema di prevenzione della corruzione e di attuazione della trasparenza.

### **Il Coordinamento degli RPCT della Regione Toscana**

Il Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (C.R.R.A.) delle aziende sanitarie/ ospedaliere della Regione Toscana è stato formalmente costituito con la delibera di GRT n.1069 del 02/11/2016.

Il Coordinamento ha la propria sede operativa presso la Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale della Regione che ne garantisce altresì il necessario supporto amministrativo e funzionale. Il ruolo di coordinamento della Commissione è affidato al dirigente del settore regionale competente.

L'attività del Coordinamento è stata molto utile e proficua perchè ha consentito un lavoro di confronto e condivisione continuo soprattutto sugli aspetti più controversi della materia.

Il coordinamento ha affrontato argomenti di rilievo e di interesse comune quali

- a) Bandi di gara e contratti e obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari
- b) Conflitto di interessi
- c) Formazione a distanza
- d) Mappatura del rischio
- e) Uso dei social
- f) Controlli interni

Nel 2019 i RPCT delle Enti sanitari della Regione Toscana hanno continuato ad approfondire materie di rilievo e di particolare interesse al fine di individuare linee di azione comune soprattutto all'interno di quelle materie particolarmente discusse come l'applicazione, in ambito sanitario, dell'art. 14 lettera f) in seguito alla sentenza della Corte 20/2019 come interpretata dalla delibera Anac 586/2019.

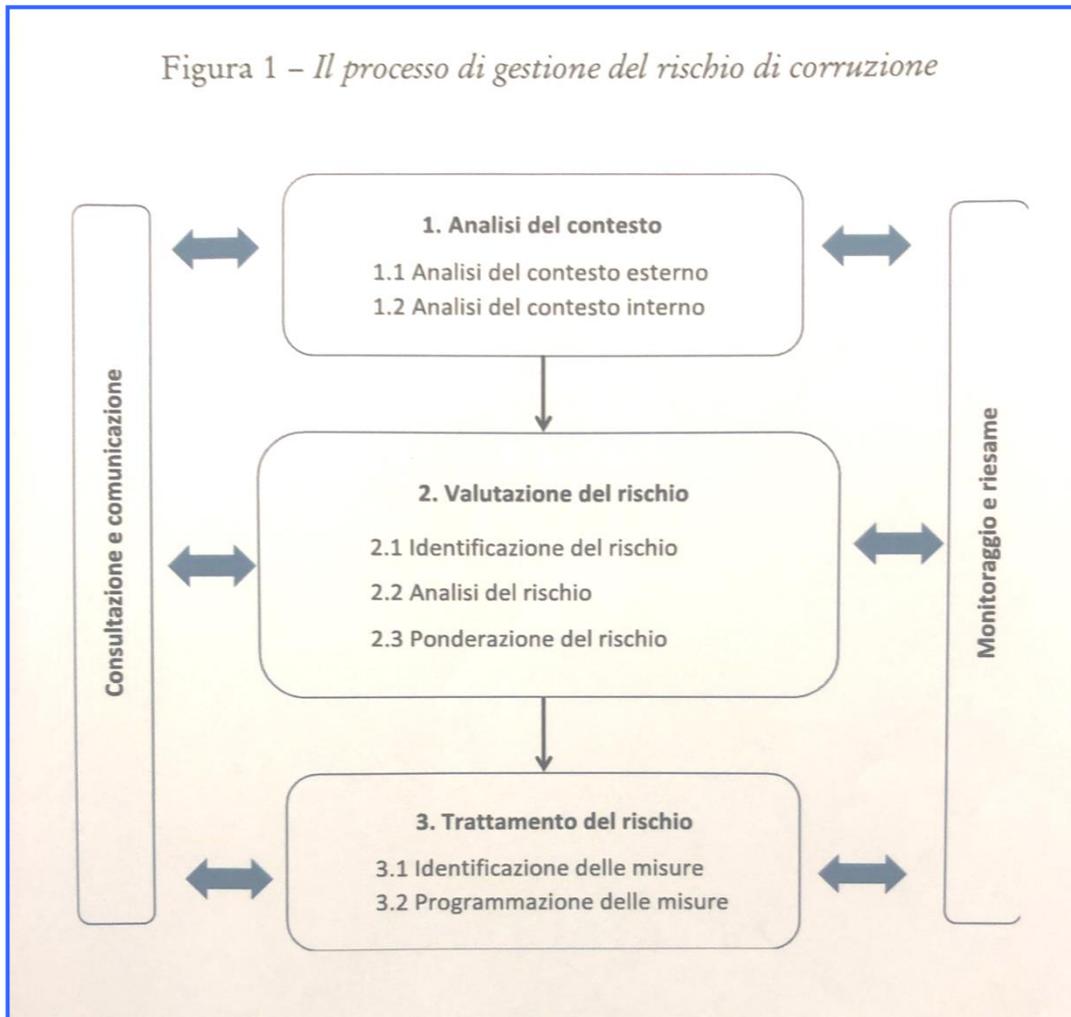
### **Il Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA aziendale)**

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

Compito del RPCT è verificare periodicamente che il RASA assicuri la corretta gestione dei dati inseriti nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti e che aggiorni annualmente gli elementi identificativi della stazione appaltante.

## 2. II PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE

In questa parte del Piano trattiamo la gestione del rischio in Azienda articolato nelle sue varie fasi. Per ogni singola fase sono evidenziate le attività e gli obiettivi raggiunti dall'Azienda nel 2020e i programmi per l'anno.



### 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’amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell’idoneità delle misure di prevenzione.*

*Si tratta di una fase preliminare indispensabile in quanto consente a ciascuna amministrazione di definire la propria strategia di prevenzione del rischio corruttivo anche, e non solo, tenendo conto delle caratteristiche del territorio e dell’ambiente in cui opera.” (allegato n. 1 al Piano nazionale anticorruzione 2019).*

Il rapporto di Agenas del 2015 su trasparenza, etica e legalità nel settore sanitario indica un quadro preoccupante quanto realistico del sistema sanità ed afferma che *“In tutto il mondo, il settore sanitario è considerato uno dei più esposti al rischio di illegalità e per questo necessita di adeguati livelli di trasparenza: le notevoli dimensioni della spesa, la pervasività delle asimmetrie informative, l’entità dei rapporti con i privati, l’incertezza e l’imprevedibilità della domanda, l’alta specializzazione dei prodotti acquistati e delle prestazioni fornite, la necessità di complessi sistemi di regolazione, non sono che alcuni dei fattori che rendono la sanità un terreno particolarmente sensibile, dove germinano con effetti ancora più*

*evidenti che in altri settori, comportamenti opportunistici che possono degenerare in corruzione. Si tratta di azioni, di non facile individuazione, tutte caratterizzate da differenti forme di abuso di posizioni di potere per scopi privati”.*

Anche in Toscana la sanità si trova ad agire in un contesto in cui la criminalità organizzata ha imparato a fare squadra: *“Non siamo la Sicilia o la Calabria. E' evidente. Ma dovremmo ugualmente preoccuparci”.* Questa una delle conclusioni a cui arriva il secondo rapporto annuale sui fenomeni di criminalità organizzata e corruzione in Toscana.

Un'analisi, condotta dalla Scuola Normale di Pisa su commissione della Regione, approfondisce i contenuti della prima edizione presentata nel 2017 e traccia i contorni assunti in Toscana da mafie e corruzione dando conto delle nuove dinamiche di espansione.

La ricerca anche in questo suo secondo rapporto scientifico si è avvalsa di una strategia mista di indagine e di fonti di natura diversa quali le informazioni statistiche dall'Istat (statistiche sulla giustizia penale), quelle a mezzo stampa, il materiale giudiziario etc.

In ultimo sono stati utilizzati studi già promossi in passato dall'amministrazione regionale o da altre associazioni o condotti da studiosi del tema e le risultanze delle interviste con attori istituzionali e della società civile.

La Scuola Normale prova a tracciare anche una mappa della presenza delle quattro mafie tradizionali che hanno sviluppato attività e scambi di tipo economico in Toscana.

Si contano 78 clan: il 48 per cento legato a gruppi della 'ndrangheta calabrese, il 41 per cento affiliati alla camorra e il resto, con il 5 per cento ciascuno, a Cosa Nostra e Sacra Corona Unita pugliese. Otto sarebbero di origine prevalentemente autoctona, in cinque casi riconducibili ad una matrice campana e negli altri tre calabrese. Mercato degli stupefacenti (23%), estorsioni (13%), sfruttamento della prostituzione e riciclaggio (11%), contraffazione e usura (6%) risultano le loro attività più frequenti, assieme al traffico di rifiuti.

Nell'ultimo triennio, il Distretto toscano è il primo in Italia, dopo le tre regioni a presenza storica delle mafie (Campania, Calabria e Sicilia), per numero di soggetti denunciati/arrestati con questa aggravante per i delitti ipotizzati (223 persone). Escludendole tre regioni meridionali dal calcolo, oltre il 30% delle persone arrestate o denunciate con aggravante di mafia in Italia è riconducibile all'attività del Distretto toscano.

Dall'analisi di dodici indicatori-spia per le province della Toscana, si evince come quattro province, in particolare, si distinguano negli anni più recenti per un più elevato rischio di penetrazione criminale. Le quattro province sono: Grosseto, Livorno, Prato e Massa Carrara.

**Tra queste la provincia Prato** -che ricade nell'ambito territoriale della AUSL Toscana Centro – è invece, la prima provincia in Italia per reati di riciclaggio 78 sono i clan con una proiezione criminale in Toscana (anche questo in lieve crescita è la prima in Italia per reati di riciclaggio. L'aumento è esponenziale dal 2012, sempre positivo esclusa una pausa nel 2015, ma comunque su livelli venti volte superiori al tasso nazionale. In calo, con un andamento sempre tendenzialmente negativo, le denunce per i seguenti delitti: contraffazione (nonostante la natura endemica del fenomeno in alcune province della regione), rapine in banca, sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione, violazione della normativa sugli stupefacenti.

In Toscana la diffusione criminale di gruppi di criminalità organizzata sembra nutrirsi in maniera significativa anche di dinamiche autoctone di emersione e sviluppo, attraverso associazioni a delinquere che non necessitano per la propria sopravvivenza di un collegamento diretto con organizzazioni mafiose tradizionali e si riscontrano, con maggiore frequenza, forme miste di modelli organizzativi criminali in cui cooperano soggetti riconducibili a consorterie criminali differenti, anche per nazionalità.

Come nel resto d'Italia, le organizzazioni mafiose oltre che dimostrare un'elevata capacità di diversificazione economica degli investimenti criminali (con una maggiore proiezione nei settori a basso valore aggiunto e tecnologico), dimostrano elevate capacità di adattamento nella loro logica di azione criminale, preferendo anche in Toscana un utilizzo strumentale di soggetti imprenditoriali e professionisti autoctoni non direttamente collegabili alle organizzazioni, sia in forma individuale che come imprese in consorzio.

I tentativi di inquinamento criminale si concentrano con una frequenza maggiore nel settore privato piuttosto che nel mercato degli appalti pubblici, dove, quando fenomeni di questo tipo sono emersi, hanno visto coinvolte prevalentemente imprese con sede legale nei territori a presenza storica delle mafie. I principali settori economici infiltrati: quello immobiliare, seguito da turismo/ristorazione e commercio in controtendenza gli investimenti nel settore delle costruzioni commercio (entrambi al 18%), altri servizi col 15%, e soltanto dopo le costruzioni (sono 4 le aziende appartenenti a questa categoria, ovvero il 7,5% del

totale). Nel caso toscano, la proiezione criminale in economia sembrerebbe privilegiare alle grandi città capoluogo i comuni della provincia, tendenzialmente più ridotti per ampiezza demografica (il 45% è ospitato in comuni tra i 5 mila e i 20 mila abitanti), ma non i piccoli comuni (solo il 3% dei beni è ospitato in comuni sotto i 5 mila abitanti, nel resto del paese la percentuale sale al 13%).

Dall'analisi delle caratteristiche della presenza economica delle mafie nella regione, emerge una sfida duplice per la pubblica amministrazione toscana. Rispetto al mercato dei contratti pubblici, secondo i dati della DIA, la Toscana si colloca al 7° posto con 31 accessi ai cantieri pari al 5% del totale nazionale. Escluse le tre regioni a tradizionale presenza mafiosa, la regione è la 4° per numero di accessi, dietro a Lombardia, Liguria e Piemonte. Invece è la 2a in Italia per numero di imprese controllate, come significativo resta il numero di persone e mezzi.

Il rischio infiltrazione è elevato in questo mercato, soprattutto nel settore delle costruzioni e movimentazione terra (anche collegato ad attività di gestione dei rifiuti e governo del territorio). Alcune dinamiche emerse, che indicherebbero l'esistenza di cartelli di imprese a fini corruttivi e di infiltrazione criminale, fanno aumentare il rischio infiltrazione.

Secondo le statistiche giudiziarie dell'ISTAT [su reati contro la pubblica amministrazione](#) (anno 2016) la Toscana si discosta in modo virtuoso dalla media italiana. Il numero di sentenze per peculato è in linea con la media italiana (sette ogni milione di abitanti), rappresentando il tipo di reato più diffusa a livello toscano. L'unica deviazione in negativo è offerta dal numero di sentenze e reati di istigazione alla corruzione (tre sentenze e reati riconosciuti per ogni milione di abitanti in Toscana), in linea coi dati di una regione generalmente poco virtuosa come il Lazio.

Una più ampia analisi annuale (dal 2000 al 2016) delle condanne definitive per una vasta gamma di reati (di corruzione, ma anche reati finanziari ed economici) mostrano come la linea di tendenza delle condanne sia discendente per alcuni di questi (corruzione e concussione), in linea col dato del centro Italia e quello nazionale. Nel caso della corruzione, il trend discendente nazionale è più marcato di quello toscano. Guardando ad altri reati contro la pubblica amministrazione è aumentato il numero di condannati, tanto per il reato di abuso d'ufficio (ascesa particolarmente marcata), che per quelli di malversazione e peculato (in linea col trend nazionale).

Nella corruzione in Toscana spicca il ruolo di imprenditori e di professionisti. La presenza di attori politici risulta marginale.

In circa la metà dei casi i destinatari di favori sono dipendenti, funzionari o dirigenti pubblici potere delegato per fini privati. Ne sono indicatori tutti i segnali di "reazione" a livello istituzionale (inchieste giudiziarie, ma anche procedimenti disciplinari, per responsabilità contabile, controlli amministrativi, commissariamento, ecc.); politico (richieste di dimissioni o revoca del mandato di fiducia, commissioni d'inchiesta, ecc.) e sociale (mobilitazioni, proteste, raccolta di firme, ecc.).

I dati di maggior rilievo continuano a essere le indagini giudiziarie e i connessi avvisi di garanzia, oltre che le disposizioni di custodia cautelare. Tra i tipi di illecito emersi a livello regionale, si nota un drastico aumento dei casi di turbativa d'asta e un parziale aumento di quelli di peculato, malversazione e frode nelle pubbliche forniture, nonché associazione a delinquere.

La maggiore criticità è presentata dall'aumento di eventi di corruzione in appalti per servizi.

A livello toscano, aumentano eventi di (potenziale) corruzione nei quali giocano un ruolo manager/dirigenti e funzionari (settore pubblico), mentre resta preponderante il ruolo degli imprenditori (settore privato).

Come parte di una consolidata e prevedibile dinamica, gli scambi occulti vedono soggetti privati che offrono risorse (prevalentemente denaro) in cambio di decisioni discrezionali da parte di soggetti pubblici. Le dinamiche qui riportate influenzano negativamente i principi di concorrenza in libero mercato.

L'analisi degli eventi di corruzione conferma la vulnerabilità di alcune aree di intervento ed enti pubblici: appalti per opere pubbliche, forniture, servizi (specie negli enti locali), controlli, settore sanitario.

[Nel settore della sanità](#), in particolare, l'elevata vulnerabilità alla corruzione si accompagna anche, nel caso toscano, a una tipologia di eventi che vede solo sporadicamente l'utilizzo di somme di denaro quale contropartita degli scambi occulti.

Prevalgono invece forme di retribuzione indiretta e differita – come finanziamenti alla ricerca, sponsorizzazioni o finanziamenti di eventi, congressi, associazioni, nonché altri variegati benefit personali.

Il settore dei controlli – specie in ambito sanitario, del lavoro, fiscale, ambientale – si conferma sede di una robusta convergenza di interessi illeciti, indotta tanto da complessità e ampiezza della regolazione vigente,

che da una diffusa disponibilità o propensione a porre in atto strategie di elusione o violazione delle disposizioni esistenti.

Modalità indirette di attribuzioni di vantaggi indebiti a decisori affidamento di incarichi professionali, subappalti o incarichi da parte di appaltatori di enti pubblici a congiunti, parenti o soggetti contigui a funzionari pubblici coinvolti nei corrispondenti processi decisionali congiunti o parenti di funzionari che hanno la titolarità di imprese e società che stringono relazioni contrattuali con appaltatori o concessionari pubblici funzionari coinvolti a vario titolo nell'attività di studi professionali assunzione di congiunti di funzionari presso appaltatori pubblici Anomalo coinvolgimento del decisore in interessi privati sussistenza di provvedimenti disciplinari revoca o mancata autorizzazione allo svolgimento di attività professionali.

### Analisi del contesto interno (la complessità organizzativa)

*“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”. (allegato 1 al PNA 2019).*

*Nel sistema delle responsabilità vengono in rilievo la struttura organizzativa dell’amministrazione e le principali funzioni da essa svolte. È importante rappresentare sinteticamente l’articolazione organizzativa dell’amministrazione, sia con riferimento alla struttura organizzativa centrale che alle eventuali sedi periferiche dislocate sul territorio, evidenziando la dimensione organizzativa anche in termini di dotazione di personale per macro-struttura”*

L’Azienda Usl Toscana centro è stata istituita dal 1° gennaio 2016 e nasce dalla confluenza di 4 aziende sanitarie preesistenti, le ex Aziende sanitarie di Firenze, Prato, Pistoia ed Empoli in seguito alla emanazione della legge regionale n. 84 del 28 dicembre 2015 che ha riorganizzato l’intero sistema sanitario regionale.

L’Azienda si presenta come un ente pubblico di dimensioni territoriali e strutturali molto ampie e nasce con lo scopo di omogeneizzare e riorganizzare, a livello di area vasta, i servizi sanitari, sociali e tecnico amministrativi al fine di garantire 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.

La Sede legale si trova in **Piazza Santa Maria Nuova, 1 - 50122 – Firenze**





## Il territorio e la popolazione

Nei paragrafi che seguono sono riportati alcuni dati che riguardano l'organizzazione dell'azienda a livello di strutture, di servizi, di personale, l'ambito territoriale e la popolazione di riferimento, l'ampia diffusione di responsabilità che, complessivamente considerati, fanno emergere un livello veramente molto alto di complessità organizzativa che ha anche un'incidenza ed un riflesso importante sul sistema di prevenzione della corruzione e sul grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza.

Nel territorio dell'Azienda vive poco meno della metà dei toscani.

La densità abitativa ha il suo picco massimo nella piana tra Firenze, Prato e Pistoia.

All'inizio del 2017 risultano residenti 1.627.964 cittadini, pari al 43.5% degli abitanti in Toscana raggruppati in 73 comuni dei quali Firenze è quello più numeroso con 382.258 abitanti e il più piccolo Palazzuolo Sul Senio con 1.131

L'Azienda USL Toscana centro si estende su una superficie di circa 5000 Km<sup>2</sup>, quasi un quinto dell'intera regione, e comprende l'area metropolitana fiorentina e le varie zone collinari e montane circostanti, comprende gli ambiti territoriali delle ex-Aziende sanitarie di Firenze, Prato, Pistoia ed Empoli.

| Sintesi della popolazione distribuita per ambito territoriale |                |                |                  |
|---|----------------|----------------|------------------|
| Maschi  |                | Femmine        | Totale           |
| Ambito pistoiese  | 140.311        | 151.528        | 291.839          |
| Ambito pratese  | 123.604        | 131.004        | 254.608          |
| Ambito fiorentino   | 401.407        | 438.454        | 839.471          |
| Ambito empoiese   | 117.922        | 124.124        | 242.046          |
| <b>AUSL TOSCANA CENTRO</b>                                    | <b>782.854</b> | <b>845.110</b> | <b>1.627.964</b> |
| REGIONE TOSCANA   | 1.802.884      | 1.939.553      | 3.742.437        |

La tabella offre una panoramica delle caratteristiche territoriali e demografiche dell'Azienda, suddivise per ex Aziende sanitarie confluite dal 1-1-2016 nell'Azienda Unità sanitaria locale Toscana Centro.

| Ex ASL confluite | Superficie Km <sup>2</sup> | N° Comuni | Popolazione      | N° Ospedali | N° SdS   | N° Assistiti     |
|------------------|----------------------------|-----------|------------------|-------------|----------|------------------|
| PISTOIA          | 965                        | 20        | 291.839          | 2           | 2        | 18,0%            |
| PRATO            | 365                        | 7         | 254.608          | 1           | 1        | 15,6%            |
| FIRENZE          | 2.779                      | 31        | 839.471          | 6           | 3        | 51,6%            |
| EMPOLI           | 933                        | 15        | 242.046          | 4           | 2        | 19,9%            |
| <b>TOTALE</b>    | <b>5.042</b>               | <b>73</b> | <b>1.627.964</b> | <b>13</b>   | <b>8</b> | <b>1.625.544</b> |

I tredici ospedali sono dislocati su tutto il territorio dell'Azienda Toscana centro per un totale di circa 2.735 posti letto. La tabella mostra la loro diffusione territoriale.

La popolazione "più giovane" risiede nelle zone di Prato ed Empoli.

Nelle zone fiorentina nord ovest, pratese e valdarno inferiore sono più rappresentate le classi giovanili, mentre in quella fiorentina sono di più gli anziani.

L'ambito territoriale pratese ha l'indice di vecchiaia più basso di tutte le zone distretto toscane, grazie alla presenza di giovani coppie straniere ed al maggior numero di nascite.

Sempre nell'ambito territoriale pratese i valori di natalità dei residenti sono più elevati della media dell'Azienda USL Toscana centro, grazie al contributo dei residenti stranieri, ma in diminuzione in linea con i tassi di natalità nazionali e regionali.

Nel 2017 sono nati 6.144 maschi (51,7%) e 5.746 femmine (48,3%) figli di residenti nei Comuni dell'Azienda USL Toscana centro, con una riduzione del 3,3 % rispetto al 2016

### La popolazione straniera

La presenza di cittadini stranieri con regolare residenza nell'Azienda USL Toscana centro raggiunge il 13%, valore più elevato delle altre due Aziende Sanitarie della Regione Toscana.

Tra i nuovi nati nell'Azienda USL Toscana Centro la proporzione di stranieri è passata dal 16% del 2005 a circa il 24% del 2017, con valori molto elevati nell'area pratese (33%).

### Le Zone Distretto

L'Azienda USL Toscana centro è suddivisa in Zone Distretto.

La Zona Distretto organizzativa le risposte sanitarie e socio-sanitarie per la comunità di riferimento in base alla valutazione dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, alle risorse attribuite dal Direttore Generale e a quelle messe a disposizione dai Comuni,

Le zone distretto dell'Azienda Toscana Centro sono 8. La tabella sottostante evidenzia la ripartizione territoriale delle Zone. A ciascuna Zona Distretto è preposto un Direttore di Zona nominato dal Direttore Generale della AUSL.

| Ambito Territoriale | Zone Distretto  |
|---------------------|---|
| Firenze             | - Zona Firenze<br>- Zona Firenze Sud Est<br>- Zona Firenze Nord Ovest<br>- Zona Mugello |
| Pistoia             | - Zona Pistoia<br>- Zona Valdinievole   |
| Prato               | - Zona Prato  |
| Empoli              | - Zona Empoli -Valdarno Inferiore   |

### Le società della salute e assistenza territoriale

La Società della Salute (SdS), rappresenta una soluzione organizzativa dell'assistenza territoriale che sviluppa l'integrazione del sistema sanitario con quello socio assistenziale.

Le SdS sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'Azienda, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate". Sul territorio dell'Azienda sono presenti 7 Società della Salute articolate in comuni come indicato nella tabella sottostante:

| Società della Salute        | Comuni   |
|-----------------------------|--|
| Valdarno Inferiore - Empoli | Castelfranco di Sotto, Montopoli in Val d'Arno, San Miniato, Santa Croce sull'Arno, Capraia e Limite, Castelfiorentino, Cerreto Guidi, Certaldo, Empoli, Fucecchio, Gambassi Terme, Montaione, Montelupo Fiorentino, Montespertoli, Vinci. |
| Fiorentina Nord-Ovest       | Calenzano, Campi Bisenzio, Lastra a Signa, Scandicci, Se-sto Fiorentino,   |

|              |  |
|--------------|--|
|              | Signa, Vaglia.   |
| Firenze      | Firenze  |
| Mugello      | Barberino di Mugello, Borgo San Lorenzo, Dicomano, Fi-renzuola, Marradi, Palazzuolo sul Senio, Scarperia e San Piero, Vicchio                                |
| Pistoiese    | Abetone Cutigliano, Agliana, Marliana, Montale, Pistoia, Piteglio, Sambuca Pistoiese, San Marcello Piteglio, Serra-valle Pistoiese, Quarrata                 |
| Pratese      | Cantagallo, Carmignano, Montemurlo, Poggio a Caiano, Prato, Vaiano, Vernio.  |
| Valdinievole | Buggiano, Chiesina Uzzanese, Lamporecchio, Larciano, Massa e Cozzile, Monsummano Terme, Montecatini Terme, Pescia, Pieve a Nievole, Ponte Buggianese, Uzzano |

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale ambulatoriale l'Azienda opera mediante 453 presidi a gestione diretta e 395 strutture convenzionate. Gli istituti o centri di riabilitazione a gestione diretta sono 4, per complessivi 64 posti letto residenziali e 107 posti letto semiresidenziali, mentre quelli convenzionati sono 26, per complessivi 555 posti letto residenziali e 455 posti letto semiresidenziali.

#### Dati di sintesi

| Azienda USL Toscana centro : dati di sintesi |                            |
|--|----------------------------|
| Comuni                                       | 73                         |
| Superficie                                   | 5000 Km <sup>2</sup> circa |
| Assistiti                                    | 1.625.544                  |
| Ospedali                                     | 13                         |
| Sedi sanitarie territoriali                  | 198                        |
| Zone distretto                               | 8                          |
| Società della Salute                         | 7                          |
| Dipendenti                                   | 14374                      |

#### La Direzione aziendale , gli Staff , i dipartimenti e le strutture organizzative

L'assetto organizzativo dell'Azienda, ha preso avvio con la costituzione dei **Dipartimenti amministrativi, sanitari e sociali** . Il sistema organizzativo dipartimentale rappresenta lo strumento ordinario di gestione a valenza aziendale, garante della funzione di governo clinico dei percorsi assistenziali e della tutela della salute collettiva ed organizza le funzioni e le strutture tecnico amministrative agisce in accordo e sinergia su mandato della Direzione Aziendale, occupandosi di indirizzare le attività delle Strutture afferenti, orientandole verso il raggiungimento degli obiettivi concordati. Lo strumento fondamentale per la programmazione e il controllo dei risultati è il budget.

Vista la particolare ampiezza e complessità dei Dipartimenti è stato necessario istituire, all'interno di essi, degli spazi organizzativi le c.d. **"Aree funzionali omogenee"**, finalizzate alla migliore organizzazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali nonché tecnici - amministrativi.

Le Aree funzionali omogenee dipartimentali e le relative responsabilità sono costituite, da più Strutture Organizzative omogenee, con particolare riferimento all'affinità di patologie, casistiche, interventi etc.

All'interno dei Dipartimento (e delle Aree)sono collocate le **"Strutture organizzative"** omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità, tra loro indipendenti, mantenendo la propria autonomia e responsabilità riguardo agli aspetti clinico assistenziali e le competenze tecnico – amministrative.

Le strutture organizzative possono essere complesse, semplici collocate all'interno di una struttura complessa o dipartimentali cioè non collocate all'interno di una struttura complessa, ma afferenti direttamente al dipartimento

Accanto ai Direttori delle strutture organizzative rivestono un ruolo importante i titolari di Posizione organizzativa che sono circa 800 che hanno una posizione intermedia tra il Dirigente direttore di struttura ed il personale del comparto al quale non sono state attribuite specifiche responsabilità.

I Dipartimenti dell'Area medico-sanitaria sono 16.

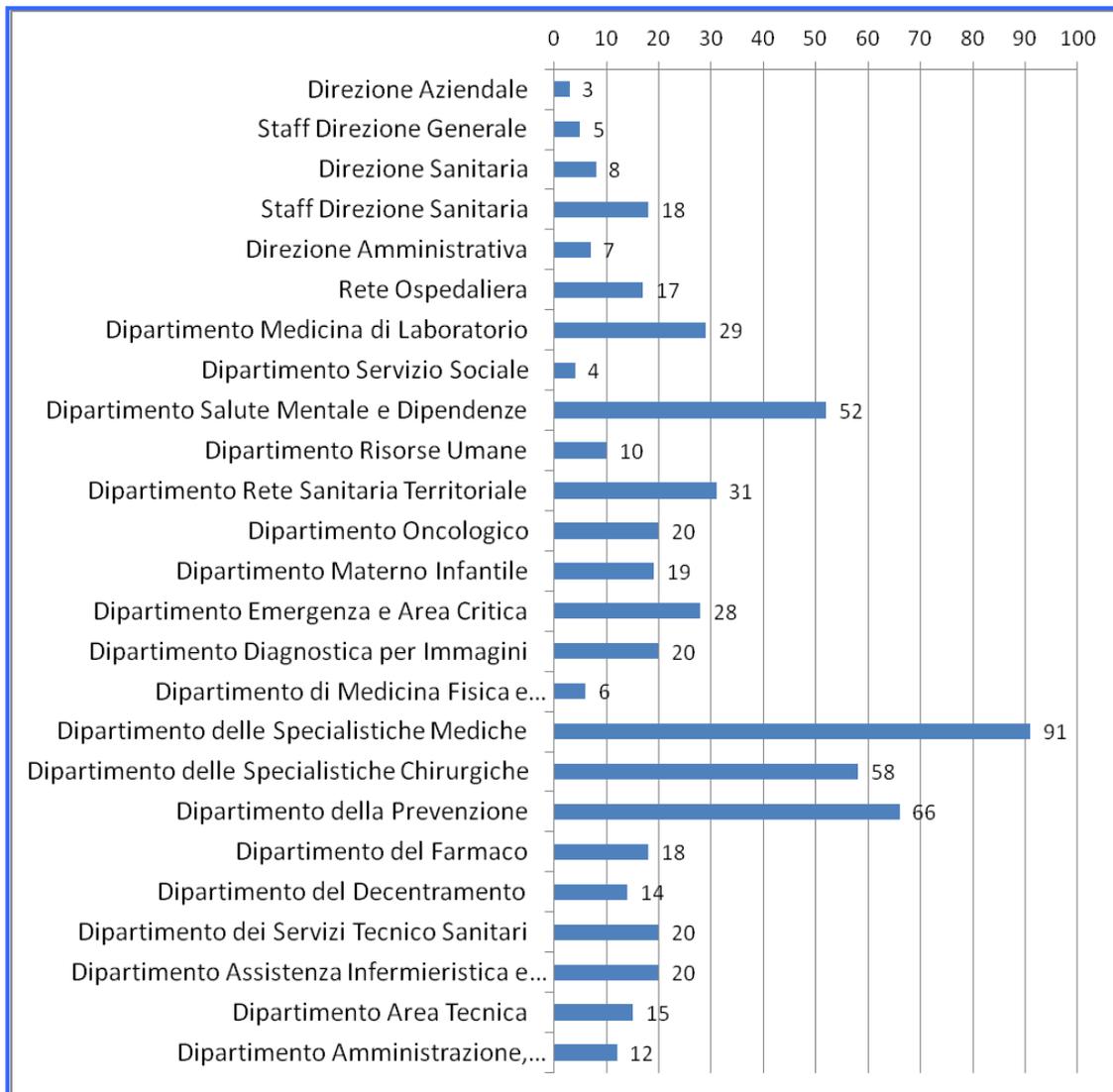
I Dipartimenti dell'Area amministrativa sono 4.

L'organizzazione si completa con le Direzioni e gli Staff delle direzioni:

- la Direzione generale e Staff Direzione Generale
- la Direzione Sanitaria e Staff Direzione Sanitaria
- la Direzione amministrativa

All'interno delle **25** macro strutture afferiscono complessivamente **591** strutture organizzative

**Nella figura che segue sono indicate le strutture organizzative aziendali all'interno delle macro strutture (Direzioni, Staff Dipartimenti) :**



## Le principali voci di spesa

| Le principali voci di spesa conto economico 2019 | Importo                   | % sul totale dei costi di produzione e di erogazione |
|--|---------------------------|--|
| Farmaceutica (Acquisti+DD+Conv.)                 | € 629.582.426,00          | 21%  |
| Personale  | € 950.904.670,00          | 32%  |
| Privato accreditato                              | € 227.536.030,00          | 8%   |
| Trasporti  | € 43.318.652,00           | 1%   |
| Mobilità passiva                                 | € 529.870.997,00          | 18%  |
| Protesica  | € 9.829.369,00            | 0%   |
| Altro  | € 565.222.535,00          | 19%  |
| <b>TOTALE COSTI (CE OTTOBRE 2019)</b>            | <b>€ 2.956.264.679,00</b> | <b>100%</b>  |

## Il personale dipendente e convenzionato

La complessità dell'organizzazione si riflette anche sul numero dei dipendenti e sulle varie tipologie di professionalità e di funzioni da questi svolte.

| Personale dipendente        |              |
|-----------------------------|--------------|
| <b>Ruolo sanitario</b>      | <b>10523</b> |
| Dirigenza                   | 2784         |
| Comparto                    | 7739         |
| <b>Ruolo professionale</b>  | <b>39</b>    |
| Dirigenza                   | 38           |
| Comparto                    | 1            |
| <b>Ruolo tecnico</b>        | <b>2602</b>  |
| Dirigenza                   | 7            |
| Comparto                    | 2595         |
| <b>Ruolo amministrativo</b> | <b>1336</b>  |
| Dirigenza                   | 47           |
| Comparto                    | 1289         |
| <b>Totale</b>               | <b>14500</b> |

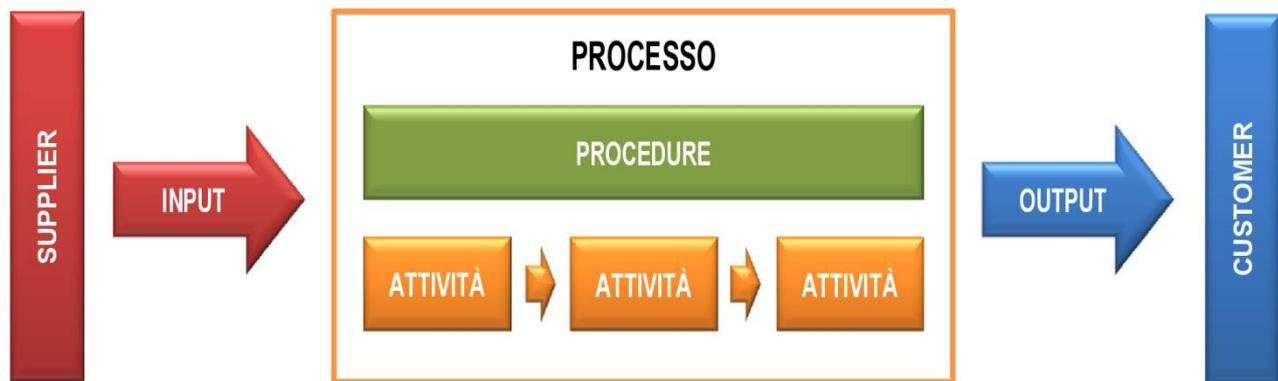
| Personale in convenzione                              |             |
|---|-------------|
| Continuità assistenziale (guardia medica e turistica) | 571         |
| Emergenza sanitaria territoriale                      | 73          |
| Medicina dei servizi                                  | 27          |
| Specialisti ambulatoriali                             | 371         |
| <b>Totale</b>   | <b>1042</b> |

## La mappatura dei processi aziendali

Prima di entrare nel merito della “valutazione e trattamento del rischio “ , “monitoraggio” etc. , soffermiamoci sulla fase preliminare ovvero la **mappatura dei processi aziendali** che rappresenta l’aspetto centrale e più importante dell’analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa che abbiamo già visto ai paragrafi precedenti. L’obiettivo è che l’intera attività svolta dall’amministrazione venga **gradualmente esaminata** al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell’attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La **mappatura dei processi** è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell’amministrazione e comprende l’insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi. In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell’identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi. Una mappatura dei processi adeguata consente all’organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l’efficienza allocativa e finanziaria, l’efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo.

Il **processo** è rappresentato da un insieme di attività in rapporto di relazione reciproca che creano valore trasformando delle risorse iniziali (input del processo) in un prodotto finale (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all’Azienda (utente).



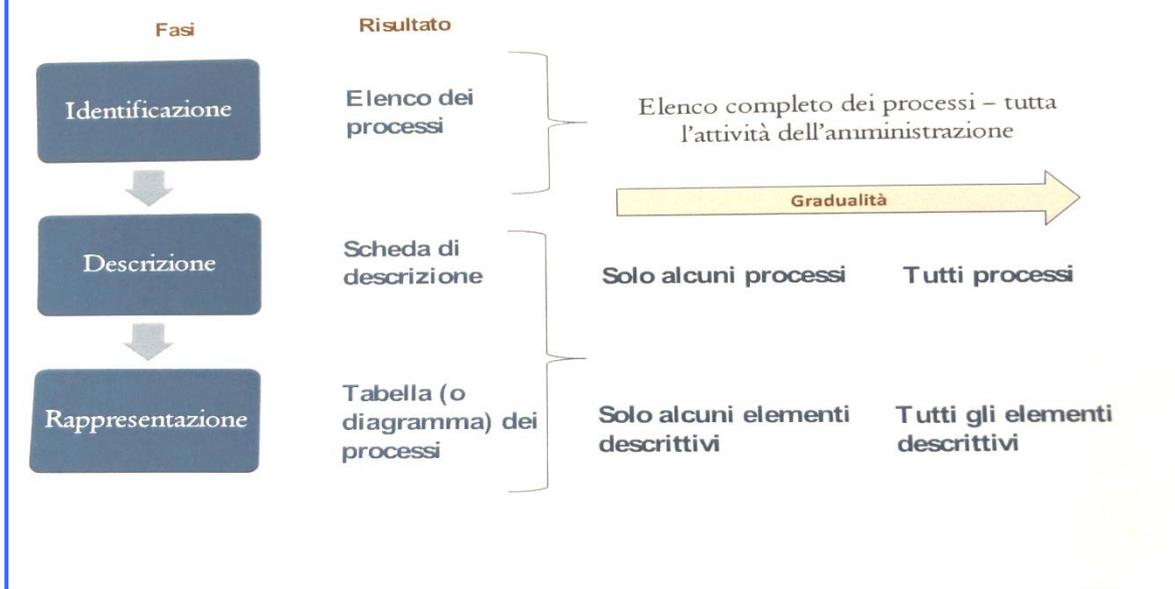
Come abbiamo avuto modo di vedere dall’esame dell’organizzazione aziendale, AUSL T.C. si presenta come un’amministrazione particolarmente ampia e complessa ( 15.000 dipendenti, 600 strutture organizzative amministrative, sanitarie , mediche, infermieristiche , un territorio molto vasto etc.) per cui la gradualità nell’affrontare la mappatura e l’analisi dei processi , che sono migliaia in tutta l’organizzazione, è sicuramente un dato programmatico ineludibile. In un panorama così ampio e variegato di processi era necessario stabilire, tuttavia, delle priorità di intervento.

**Nel 2020** abbiamo concentrato l’analisi sui processi che rientrano nelle aree di rischio specifiche.

Su indicazione della Direzione aziendale siamo partiti dalla mappatura dei processi aziendali collocati nelle aree di maggior rischio corruttivo per il settore sanitario come individuate da ANAC all’interno del Piani Nazionali Anticorruzione.

**A tal proposito , come già detto in premessa, il numero dei processi analizzati è stato fortemente influenzato dalla situazione oggettiva dovuta alla pandemia tutt’ora in corso , durante la quale moltissime strutture, soprattutto sanitarie, sono state concentrate nel fare fronte ai problemi dovuti al Covid-19.**

- La gradualità della mappatura dei processi

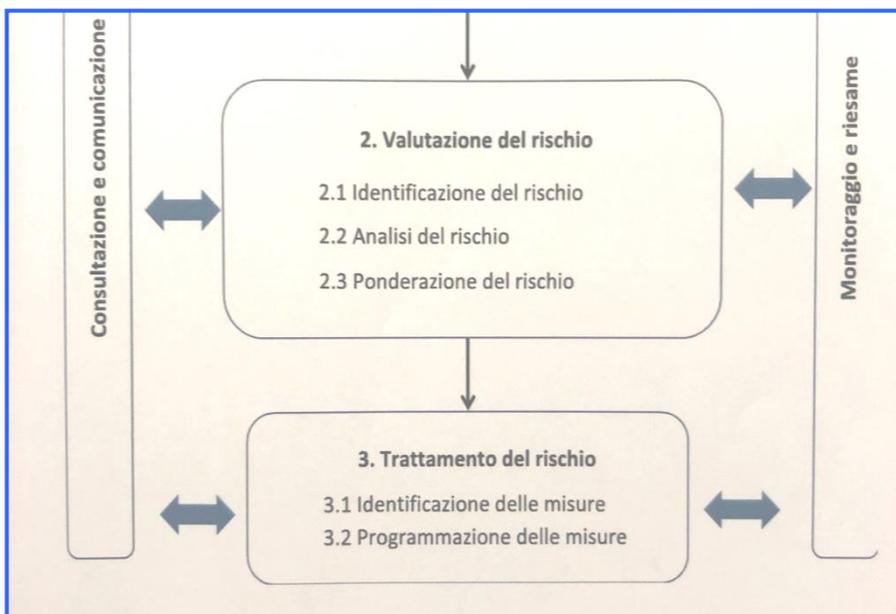


**Per il 2021** il nostro obiettivo è allargare la mappatura dei processi aziendali, identificarli con una breve descrizione da riportare su una scheda e quindi in un elenco.

I processi, indicati all'interno di un elenco che li contiene, devono essere suddivisi tra quelli che rientrano nelle aree di rischio generali (contratti pubblici, controlli, verifiche, ispezioni, provvedimenti ampliati della sfera giuridica etc.) e quelli che rientrano nelle aree di rischio specifiche del settore sanitario (ovvero liste di attesa, attività libero professionale, farmaceutica etc.). L'identificazione dei processi in un elenco può essere utile per individuare, tra tutti i processi presenti in Azienda, quelli che si ritiene utile ed opportuno analizzare per primi, sulla base dei contesti presi in esame.

**La valutazione del rischio : attività 2020e programma 2021**

Una volta conclusa la mappatura dei processi, inizia la **loro valutazione** e successivamente la fase del **trattamento del rischio individuato** nella fase precedente. Queste due macro fasi si suddividono, a loro volta, in sub fasi come indicato nello schema che segue :



**La valutazione del rischio** presuppone che il rischio sia, prima di tutto, identificato . E' necessario, quindi, individuare i comportamenti o i fatti che possono agevolare il verificarsi di rischi .  
E' una fase molto importante perché un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito facendo venir meno tutta la strategia di prevenzione.

**L'identificazione del rischio** si articola nelle fasi seguenti :

- a) **definizione dell'oggetto di analisi** : In primo luogo è stato definito il nostro oggetto di analisi ovvero la valutazione ha riguardato l'attività in cui il processo stesso si articola e si scompone. Al livello di attività di processo sono stati individuati, infatti, gli eventuali rischi di corruzione, le misure specifiche di mitigazione, la tempistica di attuazione delle misure, le responsabilità di attuazione, il livello di monitoraggio e l'eventuale riesame delle misure. Questo dato emerge chiaramente dall'esame delle schede dei processi analizzati nel 2020 e riportate nell'allegato A) al presente Piano .
- b) **tecniche utilizzate per individuare gli eventi di rischio** : le **tecniche** sono state molteplici ovvero, a seconda dei casi che si presentavano, sono state prese in considerazione in modo singolo o congiunto i seguenti fattori :
- l'analisi dei documenti a supporto dell'analisi del processo
  - gli incontri con i gestori del processo e colloquio con gli stessi improntati a forma di intervista per approfondire gli aspetti del processo e delle relative attività che in prima istanza poteva apparire non troppo chiari ;
  - i confronti con le altre aziende sanitarie e ospedaliere della Regione per verificare casi analoghi o simili ;
  - i risultati dell'analisi della mappatura dei processi;
  - l'analisi di casi giudiziari avvenuti all'interno dell'organizzazione
  - i risultati dell'attività di monitoraggio .

**Per quanto riguarda invece la metodologia utilizzata con le strutture che gestiscono i processi per identificare il rischio e più in generale per analizzare i processi in tutte le loro fasi ,** abbiamo cercato di utilizzare una metodologia di interlocuzione e di dialogo aperta ed informale. E' stata così posta particolare attenzione alla qualità del rapporto con le strutture coinvolte nel sistema. Ci riferiamo in particolare ad un rapporto più diretto e non burocratico che ci ha consentito di instaurare un confronto più semplice, quasi informale con le strutture e i referenti cercando di mettere da parte gli aspetti troppo rigidi e formali. Durante gli incontri propedeutici all'analisi del processo abbiamo impostato il lavoro in modo tale da fare comprendere i motivi di ciò che facevamo, l'importanza di un'analisi dei processi più puntuale per una migliore organizzazione interna e per uno sviluppo improntato, sempre di più, al buon governo e al miglioramento continuo delle performance.

Abbiamo cercato, in definitiva, di esprimere un atteggiamento di maggior stimolo, iniziativa, coinvolgimento, supporto nella consapevolezza che questa impostazione avrebbe permesso, alle strutture ed in particolare ai colleghi coinvolti nella gestione dei processi una maggiore comprensione dei motivi e delle ragioni del loro intervento al fine di condividere una crescita culturale generalizzata.

- c) **l'identificazione degli eventi di rischio è stata effettuata** all'interno delle attività di processo. I **rischi individuati sono stati riportati in un'apposita colonna direttamente all'interno delle schede di analisi.**(vedi allegato A al presente Piano). Tutti gli eventi di rischio individuati sono stati formalizzati con questa modalità che, quindi, può funzionare come **"Registro dei rischi"** di cui scrive ANAC nell' Allegato 1) al PNA 2020.

Il "Registro degli eventi rischiosi", è infatti "un documento in cui sono riportati gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione".

La seconda fase della valutazione del rischio riguarda l' **analisi del rischio (già identificato).**

Il primo obiettivo è quello di comprendere gli eventi rischiosi attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti al rischio corruzione, il secondo è quello di stimare il livello di esposizione al rischio. L'analisi del rischio si articola in questi interventi:

- a) **l'individuazione fattori abilitanti al rischio:** è un'attività preliminare e necessaria in cui devono essere esplicitati i fattori che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione . In più occasioni,

durante l'analisi dei processi, abbiamo verificato che per ogni rischio sono quasi sempre presenti più fattori contemporaneamente ovvero quando sono scarsi o addirittura assenti i valori etici di riferimento quando all'interno di un processo non sono previsti controlli, quando non esiste una procedura predefinita, quando vi è un'assenza chiara di responsabilità, eccessiva discrezionalità oppure un monopolio di potere di competenze, conoscenze e informazioni, quando all'interno di procedure non è stata attribuita particolare attenzione, come invece il tema meriterebbe, alla gestione del conflitto di interessi.

Oppure i rischi possono anche annidarsi in procedure eccessive magari poco chiare e particolarmente complesse che appesantiscono il processo senza portare alcun valore aggiunto.

Infine si evidenzia come un fattore di rischio molto elevato sia la mancanza o la scarsa trasparenza nelle procedure, nelle decisioni e nelle motivazioni dei provvedimenti in senso lato.

**b) la stima del livello di esposizione al rischio sulla base dei fattori abilitanti**

**(i) scegliere come si valuta** già da diversi anni abbiamo adottato un tipo di **valutazione qualitativa** dando spazio alle motivazioni delle decisioni adottate.

Nell'approccio qualitativo l'esposizione al rischio è stimata in base a valutazioni motivate, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, sulla base di specifici criteri. Tali valutazioni, anche se supportate da dati, non sono tradotte in rappresentazioni numeriche finali.

La valutazione qualitativa è stata scelta anche sulla base dell'esperienza maturata negli anni scorsi, in quanto abbiamo considerato maggiormente produttivo attivare una metodologia di intervento per cui sia possibile scongiurare il pericolo di analizzare tutta una serie di processi, anche quantitativamente rilevanti, senza però il necessario approfondimento e senza avere, quindi, una precisa cognizione di come e quali misure debbano essere individuate.

Si è puntato dunque, su un sistema di analisi del rischio maggiormente basato sulla qualità piuttosto che sulla quantità di processi analizzati in modo tale che l'analisi del processo fosse più analitica e maggiormente approfondita tale da focalizzare l'attenzione sull'attuazione di misure possibili, realistiche, fattibili e scadenziarie a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione, al fine di consentire una, per così dire, "personalizzazione" della strategia di prevenzione per evitare che le misure indicate rimangano soltanto una previsione astratta.

**Nel corso del 2020**, ancor più che negli anni passati, abbiamo cercato di analizzare le varie fasi dell'attività di processo in modo tale che risultasse chiaro non soltanto l'iter complessivo ma anche le singole attività consapevoli che la chiarezza delle descrizioni della attività rappresentano presupposti indispensabili affinché le misure di prevenzione siano identificate in maniera corretta e congrua.

In questa fase particolare il RPCT ha mantenuto un atteggiamento vigile e attento per evitare che nell'analisi dell'attività del processo il rischio non fosse correttamente individuato o fosse sotto stimato addirittura non riconosciuto.

**(ii) stima dell'esposizione al rischio e individuazione degli indicatori di stima per il livello di rischio**

**Tutti i processi analizzati nel corso del 2020 sono stati considerati ad ALTO RISCHIO senza ulteriori valutazioni.** I processi analizzati erano tutti inseriti nelle aree generali o specifiche di rischio per cui, in questo caso, il livello di stima di rischio alto era già stato previamente valutato da ANAC nei Piani Anticorruzione (esempio : farmaceutica, contratti, gestione delle salme post mortem all'interno degli ospedali, ispezione e controllo degli operatori della prevenzione presso ditte esterne etc.); Questa valutazione di rischio alto "ab origine" ha trovato piena conferma anche sulla base di una serie di **indicatori di stima del livello di rischio** che abbiamo tenuto presente anche se non ufficialmente formalizzati, ovvero :

- il grado di discrezionalità in quanto molto spesso abbiamo verificato che la presenza di una attività di processo altamente discrezionale determina un incremento del rischio o quanto meno una opacità della decisione;
- la manifestazione di eventi corruttivi che si sono verificati in Azienda.

**(iii) misurazione del livello di esposizione al rischio e formulazione di un giudizio sintetico.** Non è stata utilizzata una scala di misurazione del livello di esposizione al rischio (anche se non numerica come alto, medio, basso) in quanto, come detto, abbiamo previamente considerato tutti i processi analizzati nel 2019 ad ALTO RISCHIO per i quali è stato previsto che l'attuazione delle misure di

prevenzione individuate nella fase di analisi, dovessero essere realizzate nei tempi rapidi anche se programmati e scadenziati nel tempo.

La terza e ultima fase della valutazione del rischio riguarda **la ponderazione** del rischio che prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, ha lo scopo di stabilire:

- le **azioni** da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
- le **priorità di trattamento dei rischi**, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

Una volta compiuta la valutazione del rischio **le azioni** da intraprendere saranno assunte per ridurre l'esposizione dei processi/attività alla corruzione.

Come già detto i rischi rilevati nell'attività di processo sono stati considerati tutti rischi ALTI e dunque tutti hanno avuto la stessa priorità di attuazione sulla base dei termini e delle modalità concordate direttamente con i gestori dei processi.

### Il trattamento del rischio e l'individuazione delle misure: attività 2020 e programma 2021

**Il trattamento del rischio** è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Il trattamento del rischio si articola nelle fasi di identificazione e programmazione delle misure .

**L'individuazione delle misure di prevenzione e loro programmazione:** il rischio, già individuato a livello di attività di processo, si attenua con l'identificazione di misure di prevenzione specifiche. Queste sono state individuate durante la fase di analisi del processo in collaborazione con i nostri interlocutori. Allo stesso modo è stata definita la tempistica per la loro attuazione prevedendo scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili tendendo presente l'organizzazione e la loro sostenibilità anche economica.

La fase di individuazione è stata quindi impostata avendo cura di evitare la pianificazione di misure astratte e meramente formali.

Le misure di prevenzione una volta individuate, sono state riportate nelle schede di analisi dei processi (vedi allegato A) al presente Piano.

Abbiamo quindi cercato di individuare misure che fossero:

- **efficaci** ovvero la loro identificazione, è stata sempre conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso;
- **economicamente sostenibili** in quanto la sua identificazione è stata correlata alla capacità di attuazione delle stesse da parte dell'Azienda;
- **capace di adattamento all'interno organizzazione** in quanto la sua identificazione non può essere avulsa e non corrispondente alle esigenze organizzative aziendali.

La condivisione delle misure con i gestori dei processi è essenziale in quanto questa fase di individuazione delle misure di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi.

A tal fine è stato utile un confronto continuo tra dirigenti e il RPCT che comunque deve mantenere sempre un atteggiamento vigile e attento al fine di evitare che le misure siano scarsamente efficaci e sostenibili oppure non ponderate correttamente in relazione alla rilevanza del rischio individuato.

**Per il 2021** l'obiettivo è quello di prestare maggiore attenzione al tema della **semplificazione** delle procedure e dei regolamenti laddove l'analisi del rischio abbia evidenziato che i fattori abilitanti sono una regolamentazione eccessiva. Molto spesso, una semplificazione dei processi e delle loro regolamentazioni rappresenta di per se stessa una efficace misura di prevenzione della corruzione.

Per quanto riguarda la **sensibilizzazione interna** (promozione di etica pubblica), abbiamo più volte utilizzato questa misura che è stata attuata per lo più attraverso **interventi formativi** sulle materie come il codice di comportamento l'etica pubblica, il conflitto di interessi tanto che oggi, a differenza di qualche anno fa, si nota una maggiore attenzione questi temi e un maggior interesse diffuso. La sensibilizzazione

riveste un ruolo certamente importante in quanto *“È noto come la corruzione sia spesso causata da un problema culturale, o da assenze di conoscenze delle regole di comportamento.. etc”*.

**Per quanto riguarda la programmazione delle misure** che devono essere attuate, si può affermare che questo è un obiettivo ormai raggiunto da tempo. In un apposita colonna inserita nelle schede di analisi dei processi, allegate al Piano, è stato definito, infatti, l’arco di tempo o una data entro cui la misura deve essere attuata. Questa fase è essenziale per il buon esito di tutto il sistema.

Senza un’attenzione adeguata alla programmazione per l’attuazione delle misure, il Piano risulterebbe, infatti, privo dei requisiti e contenuti di base .

Nelle schede di analisi dei processi, allo stesso modo che della programmazione delle misure, sono stati riportati gli indicatori ed i responsabili dell’attuazione delle misure al fine di evitare fraintendimenti sulle azioni da compiere, sugli interlocutori a cui chiedere i risultati al fine di poter agire tempestivamente e efficacemente nella fase di verifica e controllo sulla concreta attuazione della misura.

### Indice dei processi anno 2020

*Nella tabella che segue è riportato l’indice dei processi analizzati nel 2020 (Per le schede di analisi complete ed il registro dei rischi si rinvia all’allegato “A” a questo Piano ) .*

| Codice    | Nome del processo  | Dipartimento/Staff             | Struttura   |
|-----------|--|--------------------------------|---|
| FARMAC001 | Fatturazione e controllo delle ricette provenienti dalle farmacie territoriali convenzionate comprese quelle in DPC (Distribuzione Per Conto dell'Azienda)         | Dipartimento del Farmaco       | SOS Servizi amministrativi per la Farmaceutica  |
| FARMAC003 | Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie  | Dipartimento del Farmaco       | SOS Vigilanza alle farmacie   |
| PREVEN006 | Vigilanza e controllo su strutture sanitarie e studi professionali   | Dipartimento della Prevenzione | Unità Funzionale Semplice Vigilanza e Controllo Erogazione Prestazioni Sanitarie Strutture Sanitarie e Sociali (UFS VCEPSSSS) |
| PREVEN011 | Attività di Prevenzione, Educazione e Promozione della Salute rivolta alla popolazione con particolare riferimento alla comunità scolastica di ogni ordine e grado | Dipartimento della Prevenzione | UFC Promozione della Salute   |
| PREVEN012 | Rilascio di certificazione idoneità sportiva non agonistica  | Dipartimento della prevenzione | UFC Medicina dello Sport  |

### 3. MONITORAGGIO E RIESAME DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE

Il monitoraggio rappresenta uno degli strumenti essenziali del sistema in quanto evidenzia che cosa

l'amministrazione concretamente è stata in grado di attuare e con quali tempi, rispetto alla programmazione delle misure di prevenzione definite nel piano anticorruzione dell'anno precedente.  
Il monitoraggio si articola in due sottofasce come indicato nella figura sottostante:

**Monitoraggio e riesame delle misure**  
a) monitoraggio sull'attuazione delle misure  
b) monitoraggio sull'idoneità delle misure

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate.

**Il monitoraggio** è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il **riesame** è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

### Il monitoraggio effettuato nel 2020 e gli obiettivi per il 2021

Il sistema prevede due livelli di monitoraggio: il primo svolto all'interno della struttura che gestisce il processo, il secondo dal RPCT.

**Monitoraggio I livello svolto dal Direttore di struttura (RESP)** ed ha lo scopo di verificare, per ciascun processo analizzato, afferente alla struttura da questi diretta, lo stato di attuazione delle misure e la loro corretta implementazione nel rispetto dei tempi stabiliti e riportati nell'apposita colonna della scheda di analisi allegata al Piano Anticorruzione dell'anno precedente.

Se nell'attività di verifica di questo primo livello di monitoraggio, vengono rilevate delle non conformità a quanto programmato sulla base dei tempi prestabiliti, il Direttore di struttura, informato il Direttore di Dipartimento afferente, è tenuto ad intervenire tempestivamente intraprendendo le azioni correttive necessarie alla rimozione del problema riscontrato. Allo stesso tempo il Direttore di struttura informa il RPCT. Se tali non conformità non possono essere risolte, il Direttore di struttura comunica al R.P.C.T. anche il motivo specificando il problema riscontrato ovvero le ragioni della mancata attuazione della misura nei termini programmati. Nella stessa nota può essere presentata una proposta in cui siano indicate misure alternative e un programma temporale con indicatori specifici per la loro attuazione. La proposta di nuova misura o di suo adattamento è concordata con il RPCT.

**Il monitoraggio di II livello viene effettuato direttamente dal RPCT con il servizio anticorruzione, è periodico e riguarda lo stato di attuazione delle misure prescindere dall'intervento del Direttore di struttura competente per quel determinato processo.**

**Nel corso del 2020** questo tipo di monitoraggio è stato curato, in modo particolare, e sono state attuate azioni di miglioramento che hanno riguardato essenzialmente la qualità del monitoraggio stesso e la verifica sulla **l'idoneità delle misure** del trattamento del rischio. Se le misure non sono state realizzate ne sono stati chiesti i motivi ed eventualmente concordati adattamenti sulla base delle nuove valutazioni o sono state definite nuove misure nel caso sia in cui la prima misura non sia stata attuata per ragioni oggettive o di sostenibilità comunque motivate.

Il monitoraggio periodico di II livello è stato effettuato con modalità semplici ovvero il RPCT ha richiesto con una mail indirizzata ai direttori di struttura la situazione circa l'attuazione della misura già individuata all'interno di un processo di loro competenza del quale, per completezza informativa, veniva trasmessa di nuovo la scheda di analisi con evidenziata la misura o le misure di cui si chiedeva lo stato di realizzazione.

Le risposte dei direttori e gestori dei processi anche se positive sono state molto spesso oggetto di controllo attraverso l'esame degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure in modo tale da ottenere un dato oggettivo una "prova" circa dell'effettiva azione svolta per attuare la misura.

**Per il 2021** sono stati previsti specifici incontri **ed audit**, con verifiche sul campo che potrebbero consentire un più agevole reperimento delle informazioni e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello. Tali momenti di confronto potrebbero essere utili anche ai fini di una maggiore

comprensione dello stato di attuazione delle misure e di eventuali criticità riscontrate, in un'ottica di dialogo e miglioramento continuo.

Con riferimento alla periodicità, il monitoraggio 2020 è stato effettuato ogni semestre che riteniamo opportuno confermare anche per il 2021 anche se potrebbe essere accompagnato da verifiche più frequenti per la di misure segnalate di più difficile attuazione nella consapevolezza che, in alcuni casi, maggiore è la frequenza del monitoraggio da parte del RPCT e maggiore può essere la tempestività con cui introdurre un eventuale correttivo nel caso in cui la misura sia oggettivamente impossibile da realizzare.

### Risultato del monitoraggio effettuato nel 2020 sulle misure specifiche di prevenzione individuate nei processi analizzati nel 2019

#### APICDG002 - Ciclo Passivo - Gestione Fornitori

| Attività            | Rischio   | Misure di prevenzione   | Scadenza     | Stato di attuazione   |
|---------------------|---|---|--------------|---|
| Pagamento fornitori | Considerato che esiste uno scadenziario delle fatture da pagare, già liquidate dai servizi competenti, ci potrebbe essere il rischio che l'Operatore della SOC Fornitori possa dare la precedenza del pagamento, sempre nei 60 giorni, ad un fornitore anziché ad un altro a parità di data di scadenza della fattura e di liquidazione da parte del servizio responsabile. | Per rendere più "sicuro" il ciclo passivo, in base ai rischi di corruzione identificati, è stato richiesto alla ditta di software di integrare la procedura con un modulo di dematerializzazione che consenta ai servizi competenti, di formalizzare il momento di liquidazione delle fatture, ricevimento, attraverso la firma digitale dello stesso, da parte del dirigente responsabile. Alla ragioneria dalla procedura informatica saranno visibili solo i ricevimenti firmati e convalidati dal Dirigente responsabile della liquidazione, diventando degli esecutori del pagamento nel rispetto della temporalità derivante dai ricevimenti firmati e convalidati. Le fatture, come criterio generale, non possono essere pagate senza l'assunzione diretta di responsabilità del dirigente del servizio che è l'unico garante dell'appropriatezza del pagamento, in quanto gestisce nel merito l'attività o i beni oggetto di fatturazione. La predetta misura di mitigazione del rischio è correlata alla messa a regime del modulo di dematerializzazione ad oggi non ancora attivato | Non definita | <b>07/12/2020 il RESP con mail dichiara che "Sono state avviate le attività e, dunque, la misura è attualmente in corso di adozione".</b> |

#### ARETEC001 - Affidamento diretto, lavori servizi e forniture sotto €40000,00 - criterio minor prezzo

| Attività                                     | Rischio   | Misure di prevenzione   | Scadenza   | Stato di attuazione |
|--|---|---|------------|---------------------|
| Il RUP predisporre la documentazione tecnica | Esiste il rischio potenziale che il RUP possa condizionare l'esito dell'affidamento con la definizione della documentazione tecnica | Predisporre o modificare il regolamento con l'indicazione di prevedere meccanismi con i quali assicurare la rotazione completa nell'individuazione degli operatori economici. | 31/12/2020 | <b>Attuata</b>      |

#### ARETEC002 - Lavori da euro 40.000,00 ad euro 150.000,00 - procedura negoziata con criterio minor prezzo

| Attività   | Rischio   | Misure di prevenzione  | Scadenza   | Stato di attuazione   |
|--|---|--|------------|---|
| Il RUP verifica la possibilità di affidare al personale interno la progettazione, la Direzione Lavori ed il Coordinamento della Sicurezza ed individua i nominativi per la nomina degli stessi con nota (direttamente se il RUP coincide con il Direttore di Struttura o proponendoli a quest'ultimo se il RUP è una figura interna alla struttura) ; altrimenti propone di procedere all'individuazione di personale esterno. | Esiste il rischio che il RUP non svolga in maniera accurata la verifica sulla possibilità di affidare l'incarico al personale interno, al fine di favorire un operatore esterno ovvero, in ogni caso, di non far prendere in carico l'attività al personale interno | Istituzione albo del personale interno idoneo allo svolgimento delle varie funzioni di Progettista, Direttore dei Lavori e Coordinatore della Sicurezza che preveda in linea generale una rotazione degli incarichi. | 31/12/2020 | <b>03/03/21 Il RESP con mail dichiara che la misura non è stata attuata e non sarà attuata nei tempi previsti dal PTPC in quanto si ritiene necessario procedere ad un approfondimento ulteriore al fine di una riformulazione delle misure anticorruzione previste nel processo.</b> |

#### ARETEC003 - LAVORI da euro 150.000,00 ad euro 200.000,00 - procedura negoziata - criterio minor prezzo

| Attività   | Rischio   | Misure di prevenzione  | Scadenza   | Stato di attuazione   |
|--|---|--|------------|---|
| Il RUP verifica la possibilità di affidare al personale interno la progettazione, la Direzione Lavori ed il Coordinamento della Sicurezza ed individua i nominativi per la nomina degli stessi con nota (direttamente se il RUP coincide con il Direttore di Struttura o proponendoli a quest'ultimo se il RUP è una figura interna alla struttura) ; altrimenti propone di procedere all'individuazione di personale esterno. | Esiste il rischio che il RUP non svolga in maniera accurata la verifica sulla possibilità di affidare l'incarico al personale interno, al fine di favorire un operatore esterno ovvero, in ogni caso, di non far prendere in carico l'attività al personale interno | Istituzione albo del personale interno idoneo allo svolgimento delle varie funzioni di Progettista, Direttore dei Lavori e Coordinatore della Sicurezza che preveda in linea generale una rotazione degli incarichi. | 31/12/2020 | <b>03/03/21 Il RESP con mail dichiara che la misura non è stata attuata e non sarà attuata nei tempi previsti dal PTPC in quanto si ritiene necessario procedere ad un approfondimento ulteriore al fine di una riformulazione delle misure anticorruzione previste nel processo.</b> |

#### ARETEC004 - LAVORI da euro 200.000,00 ad euro 1.000.000,00 - procedura negoziata - criterio minor prezzo

| Attività   | Rischio   | Misure di prevenzione  | Scadenza   | Stato di attuazione   |
|--|---|--|------------|---|
| Il RUP verifica la possibilità di affidare al personale interno la progettazione, la Direzione Lavori ed il Coordinamento della Sicurezza ed individua i nominativi per la nomina degli stessi con nota (direttamente se il RUP coincide con il Direttore di Struttura o proponendoli a quest'ultimo se il RUP è una figura interna alla struttura) ; altrimenti propone di procedere all'individuazione di personale esterno. | Esiste il rischio che il RUP non svolga in maniera accurata la verifica sulla possibilità di affidare l'incarico al personale interno, al fine di favorire un operatore esterno ovvero, in ogni caso, di non far prendere in carico l'attività al personale interno | Istituzione albo del personale interno idoneo allo svolgimento delle varie funzioni di Progettista, Direttore dei Lavori e Coordinatore della Sicurezza che preveda in linea generale una rotazione degli incarichi. | 31/12/2020 | <b>03/03/21 Il RESP con mail dichiara che la misura non è stata attuata e non sarà attuata nei tempi previsti dal PTPC in quanto si ritiene necessario procedere ad un approfondimento ulteriore al fine di una riformulazione delle misure anticorruzione previste nel processo.</b> |

#### ARETEC006 – Dismissione, alienazione e donazioni beni mobili di proprietà

| Attività  | Rischio  | Misure di prevenzione  | Scadenza   | Stato di attuazione   |
|---|--|--|------------|---|
| Gestione bene inadeguato ma con valore residuo di mercato | Esiste il rischio di determinare un valore di mercato troppo basso favorendo le ditte/privati interessati all'acquisto che avranno la possibilità di acquisire il bene ad un prezzo inferiore al suo valore effettivo. | Istituire una commissione di valutazione composta dal Direttore della SOS Patrimonio mobiliare, telefonia ed utenza e da due dipendenti della SOS medesima che, con il parere anche delle strutture competenti per tipologia di bene e di soggetti competenti in materia, possa indicare in maniera congiunta il valore del bene esplicitando le motivazioni di tale attribuzione in un documento interno. | 31/12/2020 | <b>22/12/20 Il RESP con nota firmata dichiara che la misura non è stata attuata e non sarà attuata nei tempi previsti dal PTPC a causa delle modifiche intervenute sul processo che richiedono una revisione complessiva dell'analisi dei rischi.</b> |

**DECENT001 - Rimborsi/contributi per farmaci, strumenti di guida, parrucche, trattamenti dialitici, cure climatiche, SLA, assistenza indiretta (cure in Italia, cure all'estero programmate e non programmate), progetto Vita Indipendente e da FNA per la sola Zona Distretto Fiorentina Sud-Est**  
Il processo è in corso di revisione complessiva e sarà rianalizzato nel corso del 2021

**DECENT002 - Controllo, verifica e liquidazione dei servizi socio sanitari appaltati a soggetti esterni**  
Il processo è in corso di revisione complessiva e sarà rianalizzato nel corso del 2021

**DECENT003 - Fornitura ausili e protesi tramite ortopedie / gara / economia**  
Il processo è in corso di revisione complessiva e sarà rianalizzato nel corso del 2021

#### DECENT004 – Gestione amministrativa del paziente odontoiatrico

| Attività   | Rischio   | Misure di prevenzione  | Scadenza   | Stato di attuazione   |
|--|---|--|------------|---|
| Inquadramento amministrativo sanitario - Valutazione della vulnerabilità economica/sociale | Esiste il rischio che il paziente autocertifichi una situazione reddituale non reale e che quindi acceda ai servizi pagando una tariffa non corrispondente al suo reddito o risultando esente dal pagamento | E' necessario implementare un sistema di controllo a campione delle dichiarazioni rese. Le modalità dovranno essere definite a livello dipartimentale. | 31/12/2020 | <b>11/12/2020 mail il DIR dichiara che "Sono state avviate le attività e, dunque, la misura è attualmente in corso di adozione"</b> |

### FARMAC001 - Fatturazione e controllo delle ricette provenienti dalle farmacie territoriali convenzionate comprese quelle in DPC (Distribuzione Per Conto dell'Azienda)

Il processo è stato sottoposto a revisione nel corso del 2020

### FARMAC002 - Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali

| Attività                  | Rischio   | Misure di prevenzione   | Scadenza   | Stato di attuazione |
|---------------------------|---|---|------------|---------------------|
| Valutazione delle domande | Esiste la possibilità che venga attribuito un vantaggio economico ad un soggetto non avente diritto | Controllo a campione (minimo 10%) delle domande presentate da parte del Direttore di Dipartimento | 31/12/2019 | Attuata             |

### FARMAC003 - Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie

Il processo è stato sottoposto a revisione nel corso del 2020

### MEDFIS001 - Percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione (Percorso 3 DGRT 595/05)

| Attività  | Rischio  | Misure di prevenzione   | Scadenza                             | Stato di attuazione      |
|---|--|---|--------------------------------------|--------------------------|
| Composizione dell'agenda giornaliera visite   | Residuano ancora delle agende cartacee in via di superamento   | Superare definitivamente le agende cartacee<br>Agende per visita fisiatrica (prima visita, visita di controllo e visita fisiatrica con finalità autorizzativa) esclusivo accesso tramite CUP per tutte le 4 SOS   | 28/02/2020                           | Attuata                  |
| Visita medica   | Esiste il rischio che il medico di sua iniziativa o su richiesta del paziente indirizzi il paziente stesso verso una struttura privata specifica per effettuare la serie di interventi fisioterapici che gli sono stati prescritti   | 1) Il DIR predispone una comunicazione interna rivolta ai medici fisiatri nella quale viene specificato che: nel caso in cui il paziente chieda espressamente informazioni o indicazioni sulla struttura privata da scegliere per gli interventi fisioterapici, il medico deve mantenere un atteggiamento di assoluta imparzialità con l'unico obbligo di consegnare, in caso di espressa richiesta, un elenco completo contenente i dati delle strutture pubbliche e private a cui il paziente può rivolgersi.<br><br>2) Il DIR si accorderà con il DIR del Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari affinché siano impartite le stesse disposizioni ai Tecnici fisioterapisti che gestiscono le liste di attesa istituzionali. | 1) 31/12/2019<br>2) Quando possibile | 1) Attuata<br>2) Attuata |
| Monitoraggio periodico sulle strutture private accreditate eroganti prestazioni riabilitative ambulatoriali | Il conflitto di interesse è rilevato in maniera insufficiente in quanto il conflitto può sussistere anche se la struttura non è presente nella zona di intervento del medico. Esiste, infatti, il rischio di conflitto di interessi tra medici/fisioterapisti e strutture controllate al di fuori della propria zona di competenza. Il controllo riguarda 24 cartelle per struttura su base annua. | 1) 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<br><br>2) L'individuazione delle cartelle cliniche da controllare NON deve essere demandata alla struttura interessata, ma deve essere stabilita con il sistema di sorteggio da un elenco predisposto prima del controllo dalla struttura stessa che conterrà l'elenco di tutte le cartelle dei pazienti trattati nel semestre precedente   | 30/06/20                             | 1) Attuata<br>2) Attuata |

### MEDFIS002 - Percorso assistenziale di riabilitazione con individuazione del setting di ricovero riabilitativo residenziale o semiresidenziale

| Attività      | Rischio  | Misure di prevenzione   | Scadenza                             | Stato di attuazione      |
|---------------|--|---|--------------------------------------|--------------------------|
| Visita medica | Esiste il rischio che il medico di sua iniziativa o su richiesta del paziente indirizzi il paziente stesso verso una struttura privata specifica per effettuare la serie di interventi fisioterapici che gli sono stati prescritti | 1) Il DIR predispone una comunicazione interna rivolta ai medici fisiatri nella quale viene specificato che: nel caso in cui il paziente chieda espressamente informazioni o indicazioni sulla struttura privata da scegliere per gli interventi fisioterapici, il medico deve mantenere un atteggiamento di assoluta imparzialità con l'unico obbligo di consegnare, in caso di espressa richiesta, un elenco completo contenente i dati delle strutture | 1) 31/12/2019<br>2) Quando possibile | 1) Attuata<br>2) Attuata |

|   |  |   |          |                              |
|---|--|---|----------|------------------------------|
|   |  | pubbliche e private a cui il paziente può rivolgersi.<br><br>2) Il DIR si accorderà con il DIR del Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari affinché siano impartite le stesse disposizioni ai Tecnici fisioterapisti che gestiscono le liste di attesa istituzionali.   |          |                              |
| Monitoraggio periodico sulle strutture private accreditate eroganti prestazioni riabilitative residenziali e semiresidenziali | Il conflitto di interesse è rilevato in maniera insufficiente in quanto il conflitto può sussistere anche se la struttura non è presente nella zona di intervento del medico. Esiste, infatti, il rischio di conflitto di interessi tra medici/fisioterapisti e strutture controllate al di fuori della propria zona di competenza. Il controllo riguarda 24 cartelle per struttura su base annua. | 1) 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<br><br>2) L'individuazione delle cartelle cliniche da controllare NON deve essere demandata alla struttura interessata, ma deve essere stabilita con il sistema di sorteggio da un elenco predisposto prima del controllo dalla struttura stessa che conterrà l'elenco di tutte le cartelle dei pazienti trattati nel semestre precedente | 30/06/20 | 1) Attuata<br><br>2) Attuata |

### PREVEN001 - Controllo ufficiale su stabilimento riconosciuto/registrato che produce e/o commercializza prodotti destinati al consumo umano e/o animale e sul benessere animale

| Attività  | Rischio  | Misure di prevenzione   | Scadenza   | Stato di attuazione |
|---|--|---|------------|---------------------|
| Programmazione operativa di assegnazione delle pratiche agli operatori di vigilanza | Possibili conflitti di interessi tra il soggetto assegnatario del controllo e il soggetto controllato<br><br>Possibili conflitti di interessi tra il soggetto che assegna il controllo, e i soggetti controllati | Dichiarazione di impegno dell'operatore incaricato a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali presenze di conflitto di interesse sulle pratiche assegnate (modello 7 bis) | 29/02/2020 | Attuata             |

### PREVEN003 - Controllo di unità locali per motivi di sanità pubblica (collettività scolastiche, strutture recettive, impianti natatori, impianti sportivi, attività di estetica e tatuatore etc..)

| Attività  | Rischio  | Misure di prevenzione   | Scadenza   | Stato di attuazione |
|---|--|---|------------|---------------------|
| Programmazione operativa di assegnazione delle pratiche agli operatori di vigilanza | Possibili conflitti di interessi tra il soggetto assegnatario del controllo e il soggetto controllato<br><br>Possibili conflitti di interessi tra il soggetto che assegna il controllo, e i soggetti controllati | Dichiarazione di impegno dell'operatore incaricato a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali presenze di conflitto di interesse sulle pratiche assegnate (modello 7 bis) | 29/02/2020 | Attuata             |

### PREVEN004 - Verifiche ed omologazioni di impianti, macchine ed attrezzature

| Attività  | Rischio  | Misure di prevenzione   | Scadenza  | Stato di attuazione   |
|---|--|---|---|---|
| Redazione piano di lavoro operativo annuale               | Mancato inserimento nel programma di attività delle verifiche degli impianti di riscaldamento (in esclusiva), dovuto alla mancata trasmissione della documentazione dei nuovi impianti da parte di INAIL, che la riceve dal proprietario dell'impianto | Concordare con INAIL le modalità per la corretta trasmissione della documentazione dei nuovi impianti di riscaldamento  | 31/12/2020  | 22/02/2021 Il RESP con mail chiede una proroga al 31/12/2021 per carenza di personale.  |
| Pianificazione operativa di UF e dei singoli verificatori | Assegnazione di verifiche ad operatori con potenziali conflitti d'interesse verso i soggetti destinatari dell'output del processo  | 1) Dichiarazione di impegno di tutti gli operatori a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali conflitti di interesse sui procedimenti assegnati<br><br>2) Formazione degli operatori in materia di prevenzione della corruzione e di conflitto di interessi | 1) 15/09/2019<br><br>2) 31/12/2019<br><br>3) 31/12/2020 | 1) Attuata<br><br>2) Attuata<br><br>3) 22/02/2021 Il RESP con mail chiede una proroga al 31/12/2021 per carenza di personale. |

|                               |  |  |                                    |  |
|-------------------------------|--|--|------------------------------------|--|
|                               |  | 3) Individuazione di criteri di rotazione degli operatori sui procedimenti in carico alla UF, sia in riferimento ai settori di attività che alle singole imprese."   |                                    |  |
| Effettuazione delle verifiche | Emissione di false certificazioni rispetto all'esito dei controlli da parte del tecnico verificatore per possibili conflitti di interessi nei confronti del soggetto controllato | 1) Dichiarazione di impegno di tutti gli operatori a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali conflitti di interesse sui procedimenti assegnati<br><br>2) Audit interno e di supervisione professionale" | 1) 15/09/2019<br><br>2) 31/12/2019 | 1) <b>Attuata</b><br><br>2) <b>Attuata</b> |

### PREVEN005 - Vigilanza sugli impianti sportivi

| Attività   | Rischio   | Misure di prevenzione   | Scadenza  | Stato di attuazione   |
|--|---|---|---|---|
| Programmazione annuale delle attività di vigilanza | Discrezionalità nella selezione dei soggetti da verificare con possibile scelta di alcuni risparmiando il controllo ad altri. | 1) Ogni anno viene effettuata una riunione della commissione di vigilanza, con il coinvolgimento dei Responsabili delle UF IPN e Medicina dello Sport, che riporta i risultati dell'attività. In quella occasione considerando i risultati della vigilanza, le criticità emerse, la distribuzione dei controlli effettuati rispetto al territorio, alle federazioni ed enti di promozione sportiva, e le società sportive, vengono stilati i criteri per identificare i soggetti da vigilare nella annualità successiva. Sulla base dei criteri stabiliti, i membri della commissione di vigilanza stilano l'elenco degli impianti da vigilare (fatto salvo emergenze insorgenti nel corso dell'anno). L'elenco della società sportive da valutare a campione viene stilato nel mese settembre, in considerazione della cronologia di inizio dei campionati degli sport più praticati.<br><br>2) Le decisioni vengono comunicate ai responsabili di UF IPN e Medicina dello Sport per la verifica e e validazione.<br><br>3) Dichiarazione di impegno dell'operatore incaricato a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali presenze di conflitto di interesse sulle pratiche assegnate (Mod. 7-Bis) | 1) 29/02/2020<br><br>2) 31/04/2020<br><br>3) 29/02/2020 | 1) <b>Attuata</b><br><br>2) <b>Attuata</b><br><br>3) <b>Attuata</b> |

### PREVEN006 - Vigilanza e controllo su strutture sanitarie e studi professionali

Il processo è in corso di revisione.

### PREVEN007 - Rilascio di certificazione in Area Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (prodotto finito PF 52 "certificazioni")

| Attività             | Rischio  | Misure di prevenzione  | Scadenza   | Stato di attuazione |
|----------------------|--|--|------------|---------------------|
| Assegnazione pratica | Possibili conflitto di interessi potenziale tra l'operatore che deve emettere il certificato e il richiedente. | 1) Dichiarazione di impegno dell'operatore incaricato a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali presenze di conflitto di interesse sulle pratiche assegnate e nell'eventualità che si rilevi il conflitto di interesse nel momento di analisi della documentazione/erogazione della prestazione, obbligo dell'operatore di effettuare dichiarazione al Responsabile. (Mod. 7-Bis) | 29/02/2020 | <b>Attuata</b>      |

### PREVEN008 - Rilascio di certificazione

| Attività  | Rischio  | Misure di prevenzione   | Scadenza                           | Stato di attuazione   |
|---|--|---|------------------------------------|---|
| Presenza in carico della pratica con Esame/valutazione della documentazione | Potenziale mancato rispetto di normative o linee guida   | Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale  | 31/01/2020                         | <b>Attuata</b>  |
| Visita medica ambulatoriale   | Possibili conflitti di interessi attuali tra il soggetto assegnatario della pratica e il soggetto richiedente.<br><br>Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato. | 1) Dichiarazione di impegno dell'operatore incaricato a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali presenze di conflitto di interesse sulle pratiche assegnate (modello 7 bis)<br><br>2) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale | 1) 29/02/2020<br><br>2) 31/01/2020 | 1) <b>Attuata</b><br><br>2) <b>Attuata</b><br><br>3) <b>Attuata</b> |
| Valutazioni esiti analitici   | Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.   | Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale  | 31/01/2020                         | <b>Attuata</b>  |

|                |  |  |            |         |
|----------------|--|--|------------|---------|
| Certificazione | Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato. | Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale | 31/01/2020 | Attuata |
|----------------|--|--|------------|---------|

### PREVEN009 - Rilascio di certificazione (prodotto finito PF 52 "certificazioni")

| Attività             | Rischio   | Misure di prevenzione  | Scadenza   | Stato di attuazione |
|----------------------|---|--|------------|---------------------|
| Assegnazione pratica | Possibili conflitti di interesse tra l'operatore che deve emettere il certificato e il richiedente. | Dichiarazione di impegno dell'operatore incaricato a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali presenze di conflitto di interesse sulle pratiche assegnate e nell'eventualità che si rilevi il conflitto di interesse nel momento di analisi della documentazione/erogazione della prestazione, obbligo dell'operatore di effettuare dichiarazione al Responsabile. (Mod. 7-Bis). | 29/02/2020 | Attuata             |

### RETOSP003 - Gestione salme nel Presidio Ospedaliero OSMA

Il processo è in corso di revisione.

### RISUMA003 - Autorizzazione incarichi extra istituzionali

| Attività  | Rischio  | Misure di prevenzione  | Scadenza   | Stato di attuazione |
|---|--|--|------------|---------------------|
| Esame dell'istanza del dipendente                       | A causa dell'assenza di criteri predeterminati di valutazione che quindi potrebbe risultare troppo soggettiva  | Predisporre un Regolamento che indichi in maniera precisa i criteri per la valutazione delle domande   | 29/02/2020 | Attuata             |
| Valutazione del conflitto di interessi anche potenziale | Possibilità di conflitto di interessi, anche potenziale, tra il dipendente e il soggetto esterno che propone l'incarico non rilevato in sede di autorizzazione | Prevedere nel Regolamento la sottoscrizione da parte del dipendente di una dichiarazione di assenza di conflitto di interesse anche potenziale - compilazione modello su assenza di conflitto di interessi | 29/02/2020 | Attuata             |

### SERSOC001 - Inserimenti socioterapeutici o lavorativi per adulti svantaggiati, disabili o TD in trattamento

| Attività  | Rischio  | Misure di prevenzione   | Scadenza   | Stato di attuazione  |
|---|--|---|------------|--|
| Processo erogazione IST - Autorizzazione del progetto IST da parte del Responsabile dell'Unità Funzionale | Discrezionalità circa i requisiti di accesso all'ITS del soggetto, riguardo all'entità del gettone di presenza da attribuire, Mancanza di norme che definiscano quali progetti i Resp. Di UF possono autorizzare. Discrezionalità circa la frequenza dei controlli e il metodo di valutazione degli esiti. conflitto di interessi tra il Resp. UF e il soggetto che richiede l'IST | Il Regolamento in fase di approvazione deve prevedere: i requisiti di accesso all'ITS del soggetto, l'entità del gettone da attribuire al soggetto inserito, le norme per l'autorizzazione del progetto di IST, la cadenza delle verifiche e le modalità di valutazione degli esiti<br>Compilazione da parte del Resp. U.F. del modulo di astensione per conflitto interessi nel caso questo sia presente | 31/12/2020 | <b>Il RESP e il DIR non hanno ancora fornito risposte in merito allo stato di attuazione delle misure.</b> |

### SERSOC002 - Progetti per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente

| Attività  | Rischio  | Misure di prevenzione   | Scadenza   | Stato di attuazione |
|---|--|---|------------|---------------------|
| Valutazione del caso e predisposizione del PAP (Piano Assistenziale Personalizzato) | Quando nel PAP è previsto l'inserimento del paziente in una struttura residenziale o semiresidenziale, esiste il rischio che uno o più componenti della commissione siano in conflitti di interessi con una o più strutture abilitate all'accoglienza dei pazienti | Per i componenti delle UVM già deliberate si prevede la sottoscrizione annuale dell'impegno ad astenersi in caso di conflitto dando atto di conoscere la normativa al riguardo utilizzando il Mod 7-Bis salvo l'obbligo che permane sempre di astenersi nel caso in cui si presenti effettivamente una concreta, reale o potenziale situazione di conflitto di interesse. La sottoscrizione del MOD 7 bis ha lo scopo di rafforzare la misura che riguarda l'obbligo di astensione del dipendente<br>Per i componenti delle UVM non ancora deliberate si prevede la sottoscrizione del modulo Mod 7-Bis all'atto della nomina con delibera e obbligo di astensione ;<br>In caso di modifica dei componenti UVM, sottoscrizione del modulo al momento della nuova nomina o della variazione. | 31/01/2020 | Attuata             |

### SPEMED001 - Gestione pazienti con problemi nefrologici

| Attività | Rischio | Misure di prevenzione | Scadenza | Stato di |
|----------|---------|-----------------------|----------|----------|
|----------|---------|-----------------------|----------|----------|

| Attività  | Rischio  | Misure di prevenzione   | Scadenza                       | Stato di attuazione                    |
|---|--|---|--------------------------------|--|
| Trasporto per trattamento dialitico ospedaliero | Inappropriata prescrizione del trasporto a non aventi diritto, e/o della tipologia di trasporto. | 1) Responsabile Emodialisi: controlli a campione sulla corretta tipologia di trasporto assegnato.<br>2) Coordinatore infermieristico: controlli a campione su congruità fra trasporto prescritto e trasporto effettuato | 1) 31/12/2019<br>2) 31/12/2019 | 1) <b>Attuata</b><br>2) <b>Attuata</b> |

### STAFDS003 - Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit)

| Attività   | Rischio   | Misure di prevenzione   | Scadenza   | Stato di attuazione   |
|--|---|---|------------|---|
| Istruttoria per l'emissione della fattibilità locale (Mod. B6) | Esiste il rischio che la proposta di sperimentazione presenti delle criticità che potrebbero favorire un finanziamento non corrispondente alle sole finalità della sperimentazione stessa | Integrare la procedura per l'emissione del parere di fattibilità locale con una valutazione oggettiva di indicatori di rischio corruttivo | 30/06/2020 | <b>07/08/2020 il RESP con mail richiede una proroga della misura al 28/02/2021 per emergenza COVID-19</b> |

### TECSAN002 - Percorso assistenziale specialistico di medicina fisica (Percorso 2 DGRT 595/05)

| Attività             | Rischio   | Misure di prevenzione  | Scadenza  | Stato di attuazione                    |
|----------------------|---|--|---|--|
| Inserimento in lista | Esiste il rischio che il codice di priorità venga assegnato in base ad una valutazione che risente della soggettività dell'operatore presente al front office | 1) Fisioterapia: inserimento nel PAAF 2019 di Riunioni Permanenti fra professionisti per uniformare la modalità di valutazione ed assegnazione del criterio di priorità al front office.<br>2) Logopedia: Divulgazione dell'istruzione operativa di gestione delle liste a tutti gli operatori che possono svolgere il front office professionale con condivisione dei criteri di priorità e modulistica | 1) Fisioterapia: 31/12/2019<br>2) Logopedia: 31/12/2019 | 1) <b>Attuata</b><br>2) <b>Attuata</b> |

### TECSAN003 - Percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione (Percorso 3 DGRT 595/05)

| Attività             | Rischio  | Misure di prevenzione  | Scadenza  | Stato di attuazione                    |
|----------------------|--|--|---|--|
| Inserimento in lista | Il rischio è che il codice di priorità venga assegnato in base ad una valutazione che risente della soggettività dell'operatore presente al front office | 1) Fisioterapia: inserimento nel PAAF 2019 di Riunioni Permanenti fra professionisti per uniformare la modalità di valutazione ed assegnazione del criterio di priorità al front office.<br>2) Logopedia: Divulgazione dell'istruzione operativa di gestione delle liste a tutti gli operatori che possono svolgere il front office professionale con condivisione dei criteri di priorità e modulistica | 1) Fisioterapia: 31/12/2019<br>2) Logopedia: 31/12/2019 | 1) <b>Attuata</b><br>2) <b>Attuata</b> |

## 4. MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE

Questa parte del Piano è dedicata alle misure di carattere generale ovvero a quegli strumenti, che vengono definiti, "ad applicazione generalizzata" finalizzati cioè a ridurre e prevenire il rischio corruttivo in ambiti generali e trasversali dell'organizzazione.

Nel corso del 2019 abbiamo trattato, in particolare:

1. **la gestione del conflitto di interessi**
2. **la formazione in particolare sul conflitto di interessi e codice di comportamento e FAD**
3. **la gestione dello whistleblower**
4. **il pantouflage**
5. **i rapporti con gli stakeholders**
6. **individuazione dei criteri per la rotazione del personale dirigente.**

Per ogni misura sono riportati gli interventi e l'attività svolte nel 2019 e il programma per il 2020 .  
Ogni sezione termina con una tabella riassuntiva in cui in sintesi viene riportato in modo schematico:  
lo stato di attuazione della misura e il programma per 2020 con le fasi di attuazione, gli indicatori per misurarne la realizzazione e le responsabilità.

#### 4.1. LA GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI NEL 2020 E IL PROGRAMMA PER IL 2021

Abbiamo dedicato particolare attenzione a questo tema nella consapevolezza che, come scrive Raffaele Cantone, *“il conflitto di interessi rappresenta il vero brodo di coltura della corruzione. Chi opera deve rispettare i criteri di imparzialità e soprattutto non trarre vantaggi in contrasto con quelli amministrativi di cui è portatore...”*

**Riassumiamo gli interventi formativi effettuati nell'anno 2019** sia in aula e sia a distanza (FAD) dedicati al personale dirigente ed ai funzionari titolati di posizione organizzativa delle strutture aziendali ed interventi mirati per specifici settori quali l'area di amministrazione del personale ed il dipartimento infermieristico ed ostetrico .

Per i dati specifici sull'attività di formazione si rinvia al successivo paragrafo 4.2 .

**Di seguito, in breve, gli ulteriori interventi sul conflitto portati avanti nel 2019** che in questo paragrafo sono stati approfonditi :

- a) **è stato approvato un regolamento** specifico per la gestione del conflitto di interesse (delibera del DG n. 195 del 30 gennaio 2019) – (pag.35) ,
- b) **è stato attivato un spazio on line sul sito dell'azienda dedicato** al conflitto di interessi per rispondere alla crescente richiesta di informazioni e per fornire alcune pratiche istruzioni . In questo spazio sono stati pubblicati : il regolamento aziendale sul tema, la modulistica da utilizzare in caso di astensione , comunicazioni varie etced un testo che contiene **“Indicazioni operative sul conflitto di interessi per il personale dipendente di ASL Toscana Centro”** una sorta di istruzioni pratiche per un lettura semplificata e veloce dell'istituto e delle regole aziendali per la sua gestione ; (pag. 36 )
- c) **è stata attivata la raccolta delle dichiarazioni dei dirigenti** ai sensi dell'art. 13 del DPR 62/2013 (pag. 38) **e completata la raccolta delle dichiarazioni dei dipendenti** ai sensi dell'art. 5 e 6 del DPR 62/2013 (pag.36)
- d) **è stata completata tutta la modulistica** da utilizzare inclusa quella per l'astensione e il provvedimento del dirigente
- e) **è stato disciplinato il conflitto di interessi negli incarichi extra istituzionali** (pag.41)
- f) **è stata introdotta una misura rafforzativa dell'obbligo di astensione per i dipendenti che lavorano in aree particolarmente sensibili** (pag. 40/41)
- g) **è stato presidiato il conflitto di interesse nella fase di esecuzione del contratto richiedendo al RES e DEC la sottoscrizione di una dichiarazione specifica** (pag. 42)
- h) **è stata garantita un'attività di supporto** da parte del RPCT e dall'ufficio anticorruzione e trasparenza per tutti i soggetti aziendali interessati ad un approfondimento su specifiche situazioni di conflitto rilasciando anche pareri scritti, se richiesti, e comunque garantendo una **collaborazione che è risultata molto proficua e costante con l'Area Amministrazione del personale**, in particolare, per la gestione del conflitto negli incarichi extra istituzionali e nei casi di formazione del personale .

**Il Regolamento per la gestione del conflitto di interessi** approvato da AUSL T.C. con delibera 195/2019 a cui abbiamo fatto cenno, ha disciplinato i vari aspetti della materia inclusa l'organizzazione , le responsabilità . le modalità di raccolta e conservazione delle comunicazioni previste dal codice di comportamento e le modalità per l'astensione in caso di conflitto predisponendo anche una modulistica specifica per ogni fattispecie disciplinata dalla normativa.

Con l'adozione del regolamento aziendale , integrato dalle disposizioni contenute in questo paragrafo del Piano, è stata definito quello che ANAC, nel PNA del 2019 (pag.50) raccomanda alle amministrazioni ovvero **“individuare all'interno del PTPCT una specifica procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi, potenziale o reale”**

## Le comunicazioni dei dipendenti ai sensi degli articoli 5 e 6 e dei dirigenti ai sensi dell'art. 13 del Codice di comportamento

Per semplificare la compilazione e la raccolta delle **dichiarazioni a cui tutti i dipendenti sono tenuti ai sensi dell'art. 5 e 6 del DPR 62/2013** le relative comunicazioni sono state integrate all'interno di un unico modulo (MOD 7) e sono state compilate e raccolte on line, L'organizzazione informatica del rilascio e della raccolta delle comunicazioni è stata indispensabile dato l'altissimo numero di dipendenti in servizio (circa 15.000) Tali dichiarazioni riguardano :

- a) (art.5 DPR 62/2013 ) il dipendente, nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, **comunica** tempestivamente *e comunque entro 30 giorni al Sovraordinato, per le valutazioni di competenza*, la propria adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni *o la cessazione di tali situazioni*, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività *della struttura*. Il presente comma non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati.
- b) (art.6) il dipendente è tenuto, inoltre, a comunicare tutti i rapporti, diretti ed indiretti, di collaborazione con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:
  - se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;
  - se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate

L'Area dell'amministrazione del personale in collaborazione con il servizio anticorruzione e trasparenza aziendali ha inviato una comunicazione a tutti i dipendenti chiedendo la compilazione on line sul "portale del dipendente" (SINTEF) a cui si accede tramite le credenziali personali .

Considerato che AUSL Toscana Centro è un' azienda di nuova costituzione, per circa i primi due anni sono rimaste le strutture organizzative afferenti alle ex-ASL di Firenze , Empoli , Prato e Pistoia.

Quindi il momento "zero" da cui siamo partiti per raccogliere le dichiarazioni è stato quello in cui i dipendenti sono stati assegnati alle nuove strutture aziendali, processo che si è protratto per qualche tempo concludendosi in gran parte nell'ottobre del 2017 con la definizione delle strutture amministrative e la nomina dei relativi responsabili .

In base al regolamento la dichiarazione, rilasciate on line, deve essere aggiornata con la stessa procedura della prima volta, nel caso in cui la prima dichiarazione subisca variazioni oppure nel caso di cambio di struttura di assegnazione.

Le suddette dichiarazioni e i loro aggiornamenti sono indirizzate al Direttore della struttura in cui il dipendente presta servizio. Per l'immediato futuro è stato previsto che **ogni direttore di struttura**, possa accedere al sistema informatico e visionare così le dichiarazioni rese dai dipendenti.

Ad oggi, in attesa dello sviluppo del sistema informatico, il dirigente chiede all'Area amministrazione del personale l'estrazione, dalla programma SINTEF, delle dichiarazioni dei propri dipendenti e le esamina .

Nel caso in cui il Direttore rilevi la sussistenza di una situazione di conflitto di interesse anche potenziale, assegna il dipendente ad altra attività lavorativa all'interno della stessa struttura. Se tale soluzione non è possibile il Direttore invita il dipendente a risolvere la situazione di contrasto, entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione, rispondendo per iscritto. Se nessuna delle soluzioni è perseguibile, il dipendente è trasferito ad altra struttura organizzativa.

Le dichiarazioni sono soggette a verifica da parte del Servizio Ispettivo Aziendale, in quanto "il Direttore di struttura, qualora ce ne fosse la necessità, può richiedere al Servizio Ispettivo la verifica di una specifica dichiarazione presentata da un dipendente in servizio presso la struttura da lui diretta".

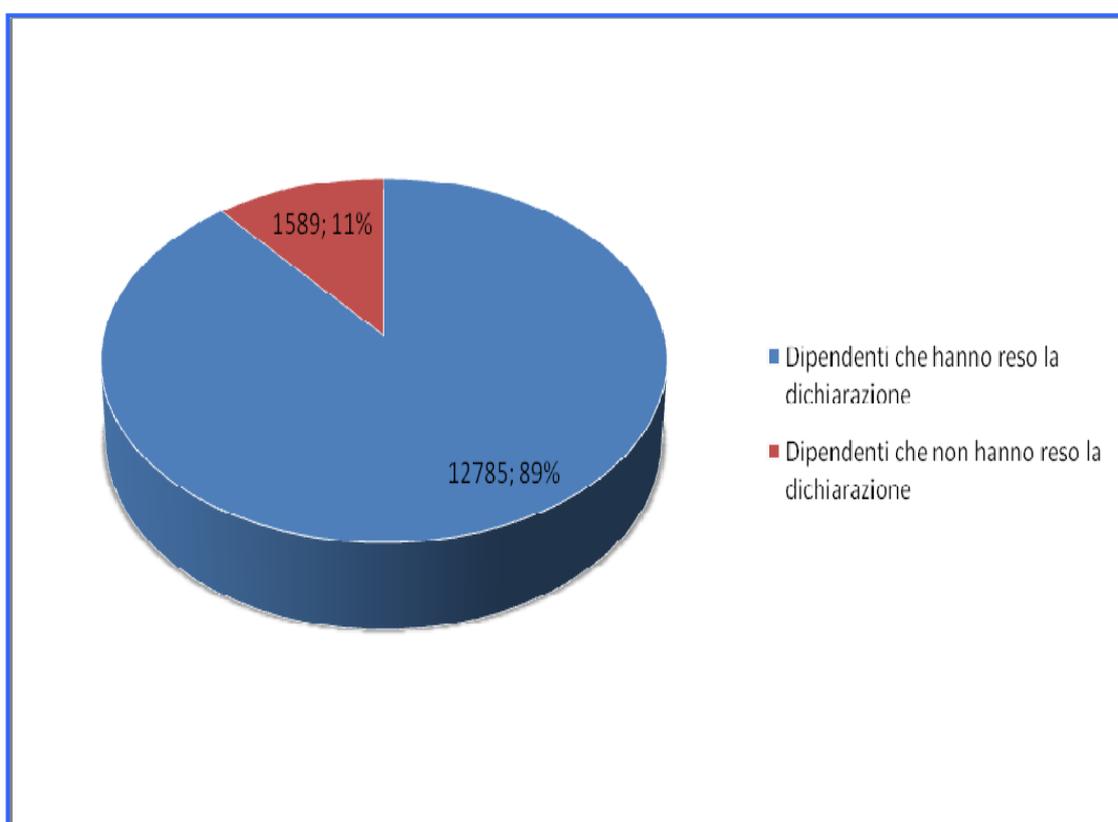
### L'obbligo per i consulenti e collaboratori

Le dichiarazioni di cui agli artt. 5 e 6/2 del D.P.R. 62/2013 e del Codice di Comportamento Aziendale sono richieste e rilasciate anche dai consulenti e collaboratori dell'Azienda.

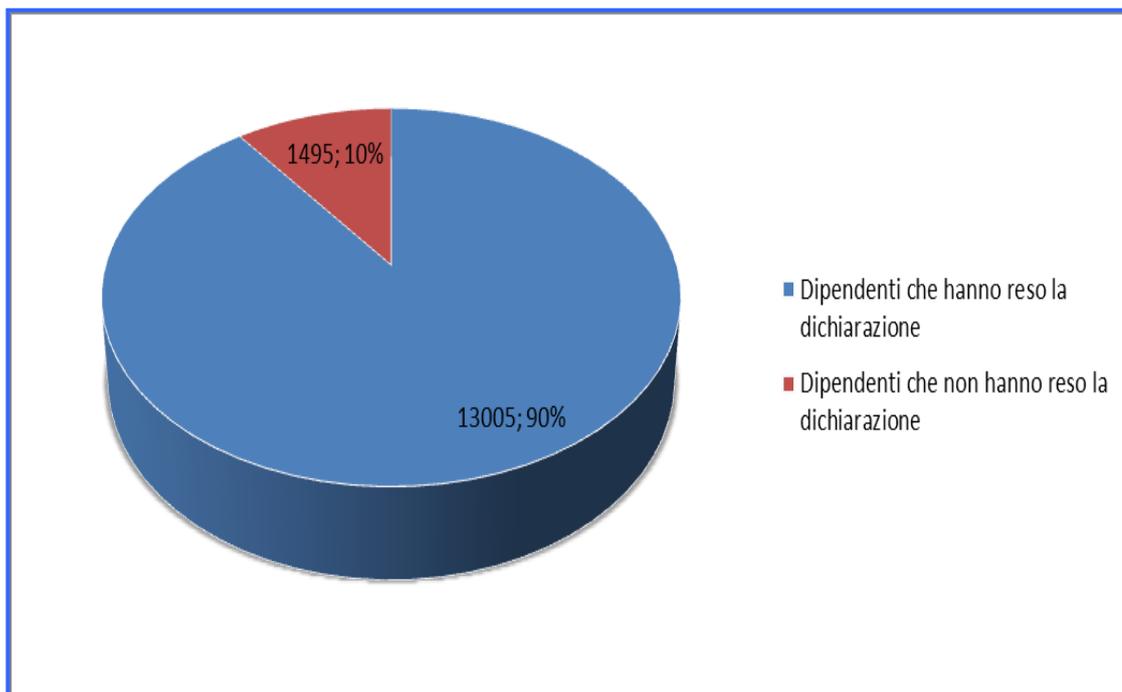
Il Regolamento aziendale prevede, infatti all'art 12, che le dichiarazioni siano rese dai soggetti in questione prima dell'attribuzione dell'incarico affinché la struttura aziendale, competente al conferimento dell'incarico, sia in grado di valutare l'eventuale presenza di conflitto di interessi in relazione alla specifica attività che il soggetto è chiamato a svolgere all'interno dell'organizzazione .

Nel caso in cui la struttura competente rilevi presenza di un conflitto di interessi invita, con nota scritta, l'interessato a rimuovere il conflitto entro un termine massimo di 10 giorni. Se la presenza del conflitto non viene rimossa l'incarico non può essere attribuito.

**Nella figura sottostante sono riportati il numero e la percentuale dei dipendenti che , a fine anno 2018 , hanno rilasciato le comunicazioni art. 5 e 6 del DPR 62/2013 (codice di comportamento)**



**Nella figura sottostante sono riportati il numero e la percentuale dei dipendenti che , a fine anno 2019 , hanno rilasciato le comunicazioni art. 5 e 6 del DPR 62/2013 (codice di comportamento)**



### Dichiarazioni del dirigente ai sensi dell'art. 13 del codice di comportamento .

Il codice di comportamento , all'art. 13 comma 3 (ovvero l'art. 13 del DPR 62/2013) stabilisce che il dirigente , prima di assumere le sue funzioni è tenuto a rilasciare una dichiarazione riguardo alle "partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio".

Specifica poi l'art. 13 che i dirigenti soggetti a questo obbligo sono coloro che gestiscono risorse umane , curano il benessere organizzativo della struttura a cui sono preposti, *assegnano l'istruttoria delle pratiche sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, svolgono la valutazione del personale assegnato alla struttura cui sono preposti etc.* .

Risulta, dunque, molto chiaro che i dirigenti di cui tratta l'art. 13 sono coloro che avendo la qualifica dirigenziale sono anche titolari di effettive responsabilità gestionali all'interno dell'organizzazione e che svolgono effettivamente le prerogative indicate dalla norma .

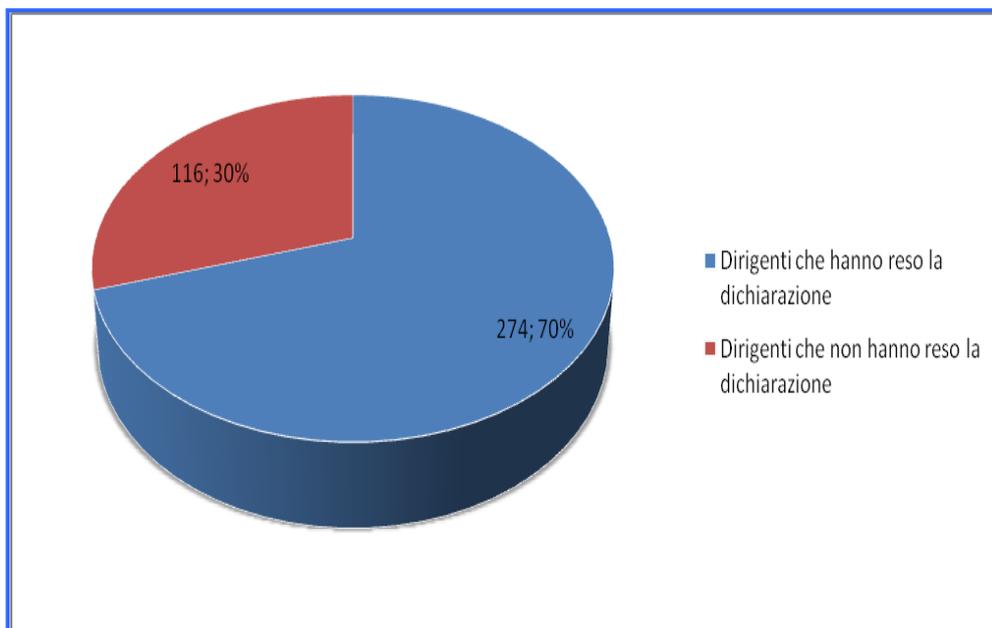
Per contro rimangono esclusi dall'obbligo i dirigenti la cui qualifica dirigenziale deriva da un inquadramento contrattuale "ab origine" senza che siano state attribuite responsabilità di direzione di struttura . Si pensi per esempio al personale medico e sanitario non medico (psicologo, farmacista etc.), inquadrato fin dalla prima assunzione come personale dirigenziale , ma che non esercitano effettivamente funzioni di gestione di risorse tecniche e di personale etc. .

Sulla base di tali considerazioni in AUSL T.C., come avviene nelle altre aziende sanitarie della Regione Toscana con le quali è stato condiviso il codice di comportamento , sono soggetti all'obbligo e tenuti a presentare la dichiarazione prevista dall'art. 13 del codice **soltanto i dirigenti direttori di struttura.**

Il nostro punto "zero" , ovvero il momento dal quale abbiamo iniziato a raccogliere le dichiarazioni è stato gennaio 2019, quando cioè erano già state definite la responsabilità delle strutture aziendali. In caso di attribuzione di direzione di struttura nel corso dell'anno o comunque successivamente a gennaio 2019 i dirigenti sono tenuti a presentare la dichiarazione, entro due mesi dalla assunzione della funzione. E' previsto, inoltre, l'obbligo di aggiornare le dichiarazioni al cambio di responsabilità di direzione di struttura e comunque ogni qualvolta la situazione dichiarata subisca modifiche o variazioni.

In analogia a quanto organizzato per le altre comunicazioni, anche in questo caso l'Area amministrazione del personale in collaborazione con il servizio anticorruzione trasparenza ha chiesto ai dirigenti , direttori di strutture, la compilazione della dichiarazione on line sul "portale del dipendente" (SINTEF).

Nella figura sottostante sono riportati il numero e la percentuale dei dirigenti direttori di struttura che **nell'anno 2019** hanno rilasciato le comunicazioni art. 13 del DPR 62/2013 (codice di comportamento)



#### L'obbligo di astensione del dipendente in caso di conflitto

Ai sensi dell'art. 7 del DPR 62/2013, ripetuto dallo stesso articolo del codice di comportamento aziendale, in presenza di conflitto di interesse, anche potenziale, il dipendente si astiene dal **prendere decisioni o svolgere attività** inerenti alle sue mansioni. Il conflitto può riguardare interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o dirigente. Una formula di chiusura specifica inoltre che in via residuale il dipendente è tenuto all'astensione quando sussistono comunque gravi ragioni di convenienza.

La comunicazione di astensione deve essere preventiva. Se ciò risulta obiettivamente impossibile, il dipendente è tenuto comunque a presentarla nel momento stesso in cui il conflitto si è manifestato. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

Il dipendente che si trova in una delle situazioni di conflitto di interessi (anche potenziale) ha l'obbligo di astenersi e di comunicare la per iscritto la situazione al proprio Direttore di struttura/Sovraordinato utilizzando il format riportato nella figura sottostante. **Per facilitare la formalizzazione dell'astensione e la conseguente decisione del Direttore di struttura, è stato predisposto un unico modulo in cui, nella prima pagina, il dipendente riporta i dati anagrafici e descrive il caso di conflitto, ed a pag. 2 il Direttore di struttura competente valuta e riporta la sua decisione in merito.** Il Dirigente può confermare o meno l'astensione e quindi decidere se il dipendente può proseguire l'attività o assumere la decisione. In caso negativo l'attività/decisione è affidata ad altro dipendente.

**Nella figura sottostante è riportato il format utilizzato per l'astensione :**



**DICHIARAZIONE DI ASTENSIONE IN PRESENZA CONFLITTO DI INTERESSI E PROVVEDIMENTO DEL DIRETTORE DI STRUTTURA**  
(art. 6, comma 2 e art. 7, comma 1 del DPR 62/2013) - MOD 7 -

Al Direttore della Struttura \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (nome cognome) \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

matricola \_\_\_\_\_ dipendente con qualifica \_\_\_\_\_

in servizio presso la struttura organizzativa \_\_\_\_\_

afferente al dipartimento \_\_\_\_\_

in relazione all'attività da svolgere ovvero : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

in relazione alla decisione da assumere che riguarda : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni civili, amministrative, penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 ,

**DICHIARA**

Di trovarsi in situazione di conflitto di interessi<sup>1</sup>, anche solo potenziale in quanto :  
*(descrivere i motivi per i quali si ritiene di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi : i casi di conflitto sono indicati agli articoli 6 comma 2 e 7 del DPR 62/2013 ripetuti dagli stessi articoli del Codice di comportamento aziendale - vedi nota 1 )*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nota 1) art. 6 comma 2 : Il dipendente astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

art. 7, comma 1. Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile

\_\_\_\_\_

dell'ufficio di appartenenza.

Per quanto sopra dichiarato, il sottoscritto, , ai sensi dell'art. 7, comma 1 del D.P.R. 62/2013

**SI ASTIENE**

dal compiere ulteriori attività o da assumere eventuali decisioni sino a provvedimento del Direttore della Struttura in cui presta servizio a cui la presente dichiarazione viene presentata entro massimo 2 giorni dalla data della sua compilazione .

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**PROVVEDIMENTO DEL DIRETTORE DELLA STRUTTURA**

Il/La sottoscritto/a (nome cognome) \_\_\_\_\_

direttore della struttura \_\_\_\_\_

afferente al Dipartimento \_\_\_\_\_

preso atto ed esaminato quanto sopra dichiarato dal dipendente sig. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ in servizio presso la struttura organizzativa da me diretta ,

**DETERMINA QUANTO DI SEGUITO INDICATO :**

rilevo e confermo la presenza di una situazione di conflitto di interesse anche potenziale e pertanto il dipendente deve astenersi dal compiere ulteriori attività lavorative con l'obbligo di trasmettere - entro 3 giorni dal ricevimento della presente determinazione - tutta la documentazione riferita all'attività/decisione segnalata al/alla sottoscritto/a per ulteriori determinazioni circa l'assegnazione della pratica;

oppure

Non rilevo una situazione di conflitto di interessi anche potenziale e pertanto il dipendente può proseguire senza interruzione l'attività o assumere la decisione in relazione all'attività segnalata .

eventuali note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Direttore struttura (firma) \_\_\_\_\_

### L'astensione degli operatori della prevenzione in pronta disponibilità

Il Regolamento aziendale ha disciplinato anche un caso particolare di conflitto, ovvero quando gli operatori addetti al controllo o alla verifica sono chiamati **in pronta disponibilità per emergenze o situazioni particolari** ecc.,,. In questi casi l'operatore che si trova in conflitto di interessi ne da comunicazione immediata al Direttore della struttura anche in via informale purché immediata e diretta (anche con mail, sms, cellulare ecc.), ma procede comunque a svolgere l'attività se la sua astensione può mettere in pericolo o può avere conseguenze dannose per la collettività e per i singoli.

In questo caso il Direttore della struttura/Sovraordinato dovrà valutare ex post il comportamento e le decisioni dell'operatore che ha effettuato il controllo e comunque adottare misure opportune di censura in caso in cui verifichi che il suo comportamento non ha rispettato i principi di imparzialità e buona fede .

### Il conflitto di interessi negli incarichi extra istituzionali: attività nel 2019 e programma per il 2020

Secondo il principio di esclusività del rapporto di pubblico impiego fissato dalla Costituzione, il dipendente pubblico non può svolgere incarichi extra servizio se non previamente autorizzati dall'amministrazione di appartenenza. Ovvero l'Azienda può autorizzare gli incarichi effettuati al di fuori dell'orario di servizio (incarichi extra istituzionali) ai sensi dell'art. 53 del D.lgs. 165/2001 soltanto se questi si configurano come "saltuari ed occasionali" e comunque sempre in assenza di conflitto di interessi.

In questo caso per definire il conflitto si fa riferimento alle "Linee Guida emanate dalla Funzione Pubblica in data 16 giugno 2014" per le quali **sussiste conflitto di interessi nelle fattispecie indicate ai successivi punti a-h** e pertanto tale tipologia di incarichi, anche se saltuari ed occasionali, **non possono essere conferiti o autorizzati** :

- a) gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti nei confronti dei quali la struttura di assegnazione del dipendente ha funzioni relative al rilascio di concessioni o autorizzazioni o nulla-osta o di assenso comunque denominati, anche in forma tacita;
- b) gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti fornitori di beni o servizi per l'Azienda nel caso in cui l'incarico riguardi un dipendente di una struttura che ha partecipato, a qualunque titolo all'individuazione del fornitore o nel caso in cui un dirigente utilizza all'interno della struttura da lui diretta i beni o i servizi della ditta fornitrice.
- c) gli incarichi che si svolgono a favore di soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza;
- d) gli incarichi che comportano prestazioni rese a favore di soggetti nei confronti dei quali l'Azienda svolge funzioni di controllo, di vigilanza o sanzionatorie;
- e) gli incarichi che per il tipo di attività o per l'oggetto possono creare nocimento all'immagine dell'amministrazione, anche in relazione al rischio di utilizzo o diffusione illeciti di informazioni di cui il dipendente è a conoscenza per ragioni d'ufficio;
- f) gli incarichi che, pur rientrando nelle ipotesi di deroga dall'autorizzazione di cui all'art. 53, comma 6, del d.lgs. n. 165/2001, presentano una situazione di conflitto di interesse
- g) tutti gli incarichi che presentano un conflitto di interesse per la natura o l'oggetto dell'incarico o che possono pregiudicare l'esercizio imparziale della funzione pubblica esercitata

### Regolamento incarichi extra servizio e conflitto di interessi

Il Dipartimento Risorse Umane, Area amministrazione del personale, ha predisposto il regolamento per gli incarichi extra servizio uniformando così le diverse procedure presenti nelle ex aziende confluite in AUSL Toscana Centro . Il Regolamento entrerà in vigore nel 2020 . Il Regolamento ha tenuto conto in particolare la dei casi in cui l'incarico extra servizio non può essere autorizzato per la presenza di conflitto di interessi in questo modo coordinando questo regolamento con quello per la gestione del conflitto di interessi già approvato con delibera del D.G. n. 195 del 30-1-2019.

### Inconferibilità e incompatibilità

ANAC con delibera n. 149/2014. ha stabilito che per le Aziende sanitarie la normativa sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi previste dal D.Lgs. 39/2013 riguarda esclusivamente il Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo e dei Servizi Sociali (per analogia con i precedenti) .

Per il Direttore generale, le dichiarazioni vengono acquisite dalla Regione Toscana e pubblicate sul sito della Regione. monitoraggio è effettuato dai competenti uffici regionali.

Le dichiarazioni del DS, DA e DSS sono rilasciate su modulistica aziendale. Il monitoraggio è effettuato dal servizio anticorruzione e trasparenza che provvede, annualmente, a richiedere l'aggiornamento delle dichiarazioni.

### Il conflitto di interessi in casi particolari : il DEC e RES nella fase di esecuzione dei contratti

Il dipendente che interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni è soggetto alla verifica della presenza di un conflitto di interessi in maniera particolarmente approfondita. In questo caso l'obbligo di astensione – ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs. 50/2016 - si ha anche quando il conflitto di interessi può essere percepito come **una minaccia alla imparzialità**. Tale normativa si applica anche nella fase esecuzione dei contratti pubblici.

Dal 2020 l'Azienda vuole presidiare quest'obbligo in maniera ancora più certa per cui le figure del RES e del DEC, sono tenuti a sottoscrivere una specifica dichiarazione di assenza di conflitto utilizzando il modello il MOD 7 BIS.. La presenza di anche una soltanto delle condizioni di seguito riportate preclude la nomina del RES e del DEC nella fase di esecuzione del contratto :

- **la condanna** -anche con sentenza non passata in giudicato - per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 35-bis/1 del D.Lgs. 165/2001).
- **aver svolto** nell'anno precedente incarichi di collaborazione o consulenza a qualsiasi titolo nei confronti della Ditta/impresa che esegue il contratto né di essere titolare di diritti di natura patrimoniale su prodotti o quote della stessa (Delibera GRT n.113 del 23/2/16).
- **trovarsi in situazioni di conflitto di interesse anche potenziale** con la Impresa/ditta sopra che esegue il contratto, in particolare non sono coinvolti interessi propri di qualsiasi natura, anche non patrimoniale, oppure di :
  - parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi,
  - persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, artt. 6, comma 2 e 7 del D.P.R. 62/2013)
- **la sussistenza di gravi ragioni di convenienza**(art. 7 DPR 62/2013) o di interesse finanziario, economico o altro interesse diretto o indiretto che possa influenzare in qualsiasi modo il risultato dell'esecuzione del contratto e che **può essere percepito come pregiudizio alla imparzialità** ed indipendenza di giudizio nel contesto delle procedure di esecuzione del contratto (art. 42 del D.Lgs. 50/2016- codice degli appalti)

**Dichiarazioni per determinate tipologie di incarichi:** in base all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001, l'Azienda non conferisce i seguenti incarichi/nomine (inclusi compiti di segreteria o di direzione) a coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati contro la P.A. previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- a) all'interno di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) all'interno degli 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;
- c) all'interno di commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Le competenti strutture aziendali effettuano la verifica delle condizioni indicate ai punti a) e b) c) prima di procedere nomine alle facendo compilare ai soggetti interessati il MOD 4 e MOD 6 richiamato dal Regolamento aziendale sulla gestione del conflitto di interessi.

L'Azienda, infine, non conferisce incarichi di direzione di strutture deputate alla gestione del personale ai soggetti che rivestano o abbiano rivestito negli ultimi due anni cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali o che abbiano avuto negli ultimi due anni rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni. (art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e dell'art. 14/4 del Regolamento),

## Misura per rafforzare l'obbligo di astensione

In casi particolari e all'interno di processi relativi ad aree di attività particolarmente sensibili (come per esempio i componenti delle commissioni di valutazione sanitaria che definiscono i piani di intervento per i pazienti presso case di cura private oppure gli operatori del dipartimento prevenzione che svolgono controlli presso soggetti privati o ditte esterne etc.) si è pensato di introdurre una misura tesa a rafforzare l'obbligo di astensione del dipendente conflitto di interessi.

In questi casi l'interessato è tenuto a rilasciare una **dichiarazione di impegno preventivo all'astensione e di conoscenza della normativa fatto salvo, naturalmente, l'obbligo di astenersi quando il conflitto di interessi anche potenziale, si presenta effettivamente**. Si tratta in sostanza di una misura di prevenzione che permette di responsabilizzare e richiamare i dipendenti all'obbligo di astensione nel caso in cui ne sussistano i presupposti senza poter accampare "scuse" per il fatto di non essere a conoscenza della normativa.

La scelta di rafforzare l'obbligo di astensione con un impegno preventivo è stata ritenuta opportuna anche se il fatto di appellarsi alla ignoranza della normativa non giustifica certamente il suo mancato rispetto. Tuttavia anche se abbiamo presente questo dato ci è sembrato utile richiamare l'attenzione sull'obbligo di astensione soprattutto nei processi che agiscono in aree particolarmente esposte. **Infatti la sottoscrizione della dichiarazione sarà obbligatoria – come misura specifica e generale di prevenzione - entro febbraio 2020 in tutti i processi afferenti alle strutture organizzative del Dipartimento della prevenzione.**

La misura, peraltro accolta favorevolmente dai direttori delle strutture interessati ai quali è stata proposta, non appesantisce il procedimento perché è sufficiente che sia rilasciata una tantum.

## Alcune misure specifiche di prevenzione del conflitto di interessi individuate all'interno dei processi analizzati

Per completare il quadro degli interventi in materia di conflitto si riportano di seguito specifiche misure di mitigazione del rischio individuate all'interno di alcuni processi analizzati nel corso del 2019 e una serie di casistiche sul conflitto di interessi riscontrati in Azienda come richiesto da ANAC con il Piano nazionale 2019. Per il dettaglio delle misure si rinvia alle schede di analisi dei processi allegato A) al presente Piano.

- Misure specifiche di prevenzione del rischio da attuare da parte del Dipartimento del Farmaco nei processi "Fatturazione e controllo delle ricette provenienti dalle farmacie territoriali convenzionate comprese quelle in DPC", "Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali", "Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie", come ulteriore misura di prevenzione, è previsto che gli addetti rilascino al Direttore della struttura una dichiarazione preventiva di assenza di conflitto di interessi rispetto ai soggetti destinatari del controllo/autorizzazione.
- Misure specifiche di prevenzione del rischio da attuare da parte del Dipartimento Risorse Umane nel processo "Conferimento incarichi collaborazione" è previsto che ogni membro della commissione deve rilasciare una dichiarazione preventiva di assenza di conflitto di interessi e nel processo "Autorizzazione incarichi extra istituzionali", la normativa prevede che tutte le richieste di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali siano soggette alla valutazione dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi. Non possono essere conferiti o autorizzati gli incarichi elencati nell'art. 5 del Regolamento aziendale sulla gestione del conflitto di interessi o che, comunque, possono ingenerare, anche in via soltanto ipotetica, una situazione di conflitto di interessi con le funzioni assegnate sia al singolo dipendente che alla struttura di appartenenza. Allo scopo di far emergere le situazioni di conflitto di interessi non rilevabili dall'analisi delle sole informazioni fornite con la richiesta di autorizzazione, come misura di prevenzione, è stato previsto che il dipendente rilasci una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto al soggetto esterno che propone l'incarico.
- Misure specifiche di prevenzione del rischio da attuare da parte della SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate nei processi che riguardano i "Controlli su strutture accreditate", come misura di prevenzione, è stata predisposta una rilevazione dei conflitti di interesse tra i soggetti che programmano ed effettuano i controlli e i soggetti controllati.

- Misure specifiche di prevenzione del rischio da attuare da parte della SOS Etica e cura nel processo “Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit)”, come misura di prevenzione, è stata prevista l’integrazione del modello regionale B5 attualmente in uso allo scopo di far emergere le situazioni di conflitto di interessi (incluse quelle previste dalla normativa vigente DPR 62/2013, D.Lgs. 165/2001).
- Misure specifiche di prevenzione del rischio da attuare da parte della SOC Odontoiatria nel processo “Controlli su strutture accreditate - Prestazioni di odontoiatria erogate dal privato accreditato”, come misura di prevenzione, è stato previsto l’obbligo di rilasciare una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per il Direttore SOC Odontoiatria e i Direttori delle SOS Odontoiatria rispetto ai soggetti sottoposti a controllo.

### Alcune casistiche dei conflitti rilevate in Azienda nel corso del 2019

**Anac nel PNA del 2019 (pag.50) raccomanda alle amministrazioni di individuare all’interno del PTPCT alcuni esempi di casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi .**

Di seguito si riportano alcune casistiche che abbiamo rilevato nel corso del 2019 :

#### Caso 1)

Un Dirigente medico del Dipartimento Salute Mentale ha chiesto l’autorizzazione a far parte, senza alcun compenso, del comitato scientifico di una fondazione che si occupa di ricerca e attività clinica nell’ambito della salute mentale.

Il comitato scientifico ha il compito di coordinare e sviluppare le attività scientifiche della fondazione (produzione scientifica e attività congressuale), gestire la formazione e l’attività clinica. Come compito principale ha quello di definire le attività di ricerca e gli obiettivi scientifici della fondazione, orientare le politiche di sviluppo. In fase di valutazione.

#### Caso 2)

Da una verifica aziendale condotta dal Servizio Ispettivo Interno è emerso che un Dirigente Medico di Ortopedia e Traumatologia, a rapporto non esclusivo, risulta socio di capitali di due aziende Srl che commerciano e noleggiavano articoli ortopedici. Una di queste risulta accreditata dal SSR.

Al dipendente in questione è stata contestata l’incompatibilità ai sensi dell’art. 4, comma 7, della Legge 412/1991 in quanto “il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è (...) incompatibile con l’esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso”.

Al dipendente è stato quindi chiesto di cedere le quote di partecipazione in questione. Il processo di trasferimento non è ancora concluso.

#### Caso 3)

Da una verifica aziendale condotta dal Servizio Ispettivo Interno è emerso che un Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere risulta socio di una Srl che produce apparecchi e impianti medicali ed elettromedicali. Inoltre, il Dipendente non aveva richiesto l’autorizzazione alla competente struttura e quindi non era stato valutato l’eventuale conflitto di interessi.

Al dipendente in questione è stata contestata l’incompatibilità ai sensi dell’art. 4, comma 7, della Legge 412/1991 in quanto “il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è (...) incompatibile con l’esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso”.

Al dipendente è stato quindi chiesto di cedere le quote di partecipazione in questione ed è stato sanzionato con l’erogazione di una sanzione disciplinare .

#### Caso 4)

Un dipendente ha richiesto l’autorizzazione ad assumere il ruolo di socio accomandante in una sas nella quale la moglie risulta socio accomandatario.

Pur essendo possibile assumere il ruolo di socio accomandante in una sas, l’autorizzazione è stata negata per l’esistenza di un rapporto di parentela stretto con il socio accomandatario che poteva generare una situazione di incompatibilità con la condizione di pubblico dipendente (di fatto si sarebbe configurata come un esercizio di attività imprenditoriale tramite il legame parentale).

#### Caso 5)

Una dipendente in aspettativa retribuita per lo svolgimento di un dottorato di ricerca con rinuncia alla borsa di studio.

La dipendente ha chiesto l'autorizzazione a stipulare un contratto di collaborazione coordinata e continuativa retribuito con lo stesso ente per il quale svolge l'attività di ricerca.

Dopo aver interpellato l'Ufficio Legale dell'Azienda, la richiesta è stata rifiutata perché contemporaneamente allo svolgimento di un dottorato di ricerca non è possibile contrarre un "nuovo e diverso rapporto di lavoro retribuito" che si andrebbe a sovrapporre a quello in essere con l'Azienda seppure sotto forma di congedo retribuito, violando così il principio di esclusività del rapporto di lavoro del pubblico dipendente.

Per gli stessi motivi, alla dipendente è stata anche negata l'autorizzazione a svolgere un'attività di docenza retribuita.

#### Caso 6)

Un Dirigente Medico di Ortopedia e Traumatologia a rapporto non esclusivo, ha richiesto l'autorizzazione a stipulare un contratto di consulenza retribuita con una ditta che produce e commercializza protesi articolari e altri dispositivi chirurgici ortopedici.

La richiesta è stata negata perché:

Non rispettava le caratteristiche di saltuarietà ed occasionalità. Infatti si caratterizzava come un vero e proprio lavoro autonomo, continuativo e professionale avente ad oggetto la formazione, la redazione di articoli scientifici e documenti tecnici, ricerca, attività di relatore e sviluppo di innovazioni e scoperte a favore della ditta;

esiste un conflitto di interessi con l'attività istituzionale del medico perché la ditta in questione risultava anche fornitrice dell'Azienda e in particolare della struttura diretta dal richiedente.

#### Caso 7 )

Un dipendente tecnico è stato valutato in conflitto di interessi in quanto in part time al 50% per svolgere altra attività lavorativa ha chiesto di effettuare la stessa attività di tecnico presso una s.r.l. accreditata con il SSR e di cui egli è socio al 50% . Il dipendente inoltre non aveva richiesto l'autorizzazione al possesso del 50% della quote della ditta che produce apparecchi nel capo in cui il dipendente svolge il suo lavoro in azienda ;

#### Caso 8 )

Un medico ha dichiarato di trovarsi in conflitto di interessi ed si è astenuto dal proseguire l'attività in quanto verificava e collaudava il funzionamento delle protesi (attività di audiometria protesica) di una ditta privata in cui io figlio svolgeva l'attività di audioprotesista. Il conflitto è stato confermato dal Dirigente responsabile e il medico in questione è stato destinato ad altra attività.

### Conflitto di interessi : tabella riassuntiva, stato di attuazione e programma 2020

| Misure di carattere generale  | Stato di attuazione al 1 gennaio 2020 | Fasi e tempi di attuazione | Indicatori di attuazione   | Soggetto responsabile                               |
|---|---------------------------------------|----------------------------|--|---|
| Obblighi di comunicazione per tutti i dipendenti (art. 5,6, Codice di comportamento)            | ATTUATO                               | completato                 | verifica rilascio comunicazioni da informazione dell'area del personale      | AREA PERSONALE su richiesta RPCT                    |
| Obblighi di comunicazione per i dirigenti direttori di struttura (art. 13 codice comportamento) | ATTUATO                               | da gennaio 2019            | verifica rilascio comunicazioni da informazione dell'area del personale      | AREA PERSONALE su richiesta RPCT                    |
| Misura rafforzativa dell'obbligo di astensione (impegno ad                                      | IN CORSO                              | 2020                       | per tutti i processi del Dipartimento della Prevenzione e misura presente in | Direttori delle strutture che gestiscono i processi |

|   |          |      |  |  |
|---|----------|------|--|--|
| astenersi e conoscenza normativa) per dipendenti che svolgono attività in settori sensibili                   |          |      | alcuni processi Servizio Sociale   |  |
| Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi nella fase di esecuzione del contratto per il RES e il DEC | IN CORSO | 2020 | misura individuata in alcuni tutti processi analizzati 2019 del Dipartimento della prevenzione e in alcuni del Dipartimenti SS | Direttori strutture interessate all'esecuzione dei contratti |

#### 4.2. LA FORMAZIONE NEL 2020 E IL PROGRAMMA PER IL 2021

La "formazione" rivolta al personale riveste un'importanza fondamentale per la crescita culturale e per sviluppare sia nei singoli soggetti che nel complesso della struttura organizzativa, una maggiore consapevolezza riguardo alle materie di etica, responsabilità, trasparenza amministrativa e gestione del rischio.

**Nel corso del 2020, non potendo sviluppare un'adeguata formazione in presenza per il noto problema pandemico, la nostra attenzione è stata concentrata nella formazione a distanza :**

→ Infine il corso **FAD "Corso anticorruzione, conflitto di interessi e trasparenza"** ovvero un insieme di attività didattiche svolte all'interno di un progetto di formazione a distanza che prevede la non compresenza di docenti e discenti nello stesso luogo, ma permette di seguire il corso direttamente online da qualsiasi postazione aziendale dotata di personal computer .

Il corso ha approfondito particolari aspetti delle materie di trasparenza e anticorruzione ed è rivolto ai dipendenti del comparto dal VII livello e a tutti dirigenti aziendali rinviando ad un momento successivo un corso FAD semplificato per i dipendenti fino alla VI qualifica.

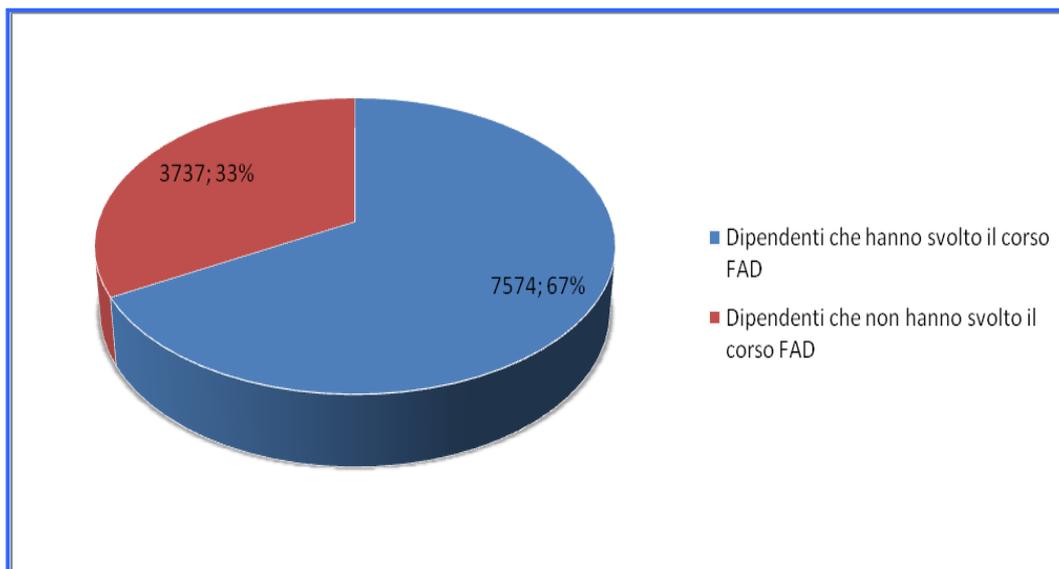
La FAD è stata organizzata in due sezioni : una riguarda la materia dell'anticorruzione e l'approfondimento di alcune misure generali di prevenzione, l'altra riguarda la trasparenza ovvero gli obblighi di pubblicazione e la gestione, in azienda, dell'accesso civico generalizzato.

L'evento è stato articolato in 1 giornata formativa di ore 4 per n. 1 edizione ed ha coinvolto circa 14400 dipendenti .

La piattaforma di e-learning utilizzata è fornita da FORMAS – Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria.

AL corso erano iscritti 11.311 dipendenti , e sono stati 7.574 i dipendenti che l'hanno realizzato.

Nella figura sottostante il numero e la % di dipendenti che **nel'anno 2019** hanno effettuato la FAD:



Per quanto riguarda invece la formazione indirizzata verso il RPCT e il personale della Struttura Anticorruzione e Trasparenza si segnala la formazione intervenuta nel 2019 su varie tematiche di interesse quali:

- Formazione del facilitatore del rischio clinico – qualità e sicurezza delle** . L’evento, organizzato da ASL Toscana Centro, si è svolto presso Villa Fabbri, via di San Salvi 12 a Firenze per un totale di 40 ore. La partecipazione al corso è stata motivata dalla necessità di apprendere tecniche e stili di valutazione del rischio che pur essendo caratteristiche dell’ambito sanitario, si avvicinano notevolmente agli strumenti di valutazione del rischio propri dell’attività di anticorruzione.
- Valutazione e gestione del conflitto di interessi** . L’evento, organizzato da ARS sotto forma di incontro informativo e condotto dai docenti dell’Associazione SPAZIOETICO M. Di Rienzo e A. Ferrarini presso la sede ARS , ha permesso di approfondire l’argomento del conflitto di interessi in tutte le sfaccettature legate alla gestione del rischio corruttivo.

#### Formazione : tabella riassuntiva, stato di attuazione e programma 2020

| Misure di carattere GENERALE  | STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2019 | FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE  | INDICATORI DI ATTUAZIONE                                     | SOGGETTO RESPONSABILE   |
|---|--|---|--|---|
| 1) Formazione in aula per direttori di struttura e PO sanitarie (su conflitto di interessi e codice comportamento ) | ATTUATA                                | 2019 gennaio – maggio 2019 per direttori di struttura e PO settore amministrativo | Test di apprendimento dei partecipanti<br>Test di gradimento | RPCT E PER L’ORGANIZZAZIONE, la struttura formazione del personale                  |
| 2) Formazione a distanza FAD per i dipendenti dal VII livello e tutta la dirigenza                                  | ATTUATA                                | 2019  | Test di apprendimento dei partecipanti<br>Test di gradimento | RPCT , GLP e e per l’organizzazione S , struttura formazione del personale e FORMAS |

|  |                  |      |  |   |
|--|------------------|------|--|---|
| 3) Middle manager_La responsabilizzazione/sensibilizzazione del gruppo per l'adesione al codice di comportamento | ATTUATA          | 2019 | Test di apprendimento e di gradimento dei partecipanti | Dipartimento Infermieristico e ostetrico                              |
| 4) Il lavoro dell'ostetrica tra codice di comportamento, etica, buone pratiche e responsabilità professionale    | ATTUATA          | 2019 | Test di apprendimento e di gradimento                  | Dipartimento Infermieristico e ostetrico                              |
| 5) Corso base sui principi ed adempimenti della trasparenza/tracciabilità dei flussi finanziari                  | ATTUATA          | 2019 | Test di apprendimento e di gradimento dei partecipanti | SOC Acquisizione beni e servizi<br>Struttura formazione del personale |
| 6) La gestione del conflitto d'interessi in ambito ECM   | ATTUATA NEL 2019 | 2019 | Test di apprendimento e di gradimento dei partecipanti | Dipartimento Risorse Umane<br>Struttura formazione del personale      |

|   |            |                               |  |   |
|---|------------|-------------------------------|--|---|
| 7) CODICE DI COMPORTAMENTO E CONFLITTO DI INTERESSI                   | ATTUATA    | <b>DA PROSEGUIRE NEL 2020</b> |  | RPCT e per l'organizzazione<br>Struttura formazione del personale |
| 8) TRASPARENZA : OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E CODICE DI COPMPORTAMENTO | DA ATTUARE | <b>PROGRAMMATA NEL 2020</b>   |  | RPCT e per l'organizzazione<br>SOC formazione del personale       |

Per il 2020, la formazione tradizionale in aula è stata sospesa a causa della pandemia. Pertanto per il 2020 non risulta svolta nessuna iniziativa di formazione in aula.

Si è svolta invece la formazione in FAD di livello base, con il corso PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E CODICE DI COMPORTAMENTO: LO SPECIFICO AMBITO SANITARIO - CORSO BASE, attivato sulla piattaforma e-learning del FORMAS – Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria.

Si riportano i dati del personale formato :

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Numero lavoratori iscritti | Numero lavoratori che hanno concluso il corso con esito positivo |
| 2991                       | 1725   |

Per il 2021 sono state riproposte le iniziative già proposte per il 2020 e che non sono state realizzate a causa delle restrizioni conseguenti alla pandemia.

Le proposte formative per il 2021 sono:

| Misure di carattere GENERALE   | STATO DI ATTUAZIONE AL 1° GENNAIO 2021 | FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE                       | INDICATORI DI ATTUAZIONE                               | SOGGETTO RESPONSABILE   |
|--|--|--|--|---|
| LA TRASPARENZA AMMINISTRATIVA: GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E L'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO  | DA ATTUARE                             | <b>SOSPESA NEL 2020 E RIPROGRAMMATA NEL 2021</b> | Test di apprendimento e di gradimento dei partecipanti | RPCT e per l'organizzazione Struttura formazione del personale                |
| Il codice di comportamento dei dipendenti pubblici come strumento di prevenzione della corruzione e le responsabilità del direttore di struttura | DA ATTUARE                             | <b>SOSPESA NEL 2020 E RIPROGRAMMATA NEL 2021</b> | Test di apprendimento e di gradimento dei partecipanti | RPCT e per l'organizzazione Struttura formazione del personale                |
| IL CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI PUBBLICI   | DA ATTUARE                             | <b>SOSPESA NEL 2020 E RIPROGRAMMATA NEL 2021</b> | Test di apprendimento e di gradimento dei partecipanti | RPCT e per l'organizzazione Struttura formazione del personale                |
| Corso anticorruzione, conflitto di interessi e trasparenza, base e avanzato, in FAD  | DA ATTUARE                             | <b>PROGRAMMATA NEL 2021</b>                      | Test di apprendimento e di gradimento dei partecipanti | RPCT , GLP e per l'organizzazione Struttura formazione del personale e FORMAS |

#### 4.3. GESTIONE DELLO WHISTLEBLOWING: ATTIVITA' NEL 2020

La materia del whistleblower riguardo , in modo particolare, ai canali da attivare per la segnalazione di illeciti, è stato oggetto di particolare attenzione nel corso del 2019 .

Attualmente le segnalazioni possono essere trasmesse al RPCT con il mezzo che il segnalante ritiene più idoneo ovvero : mail , lettera, presentarsi di persona ed esporre i fatti etc. .

Si è ritenuto fino ad oggi di non definire in modo troppo rigido e formale le modalità di segnalazione, potesse facilitare il rapporto con il RPCT in quanto il segnalante si trova aperte la varia gamma di possibilità con le quali rivolgersi al RPCT tra le quali può scegliere quale più confacente alle sue necessità e conoscenze.

Questa modalità organizzativa presuppone necessariamente un forte grado di fiducia tra il segnalante e il RPCT che deve garantire in maniera forte e sicura la protezione e la tutela dell'anonimato del segnalante in tutti i casi ed in tutte le circostanze in quanto il RPCT garantisce **“la piena tutela della riservatezza dell'identità del segnalante avuto riguardo alla ratio della norma ed al ruolo e alle responsabilità del R.P.C.T. ed alla necessità di non gravare l'amministrazione con eccessivi vincoli organizzativi”**.

Per il 2020 in sede di coordinamento regionale è sorta l'esigenza comune a tutte le Aziende della Toscana, di definire una procedura di segnalazione più oggettiva con l'introduzione di **un programma informatico** in grado di gestire l'intero procedimento a supporto delle funzioni e responsabilità che comunque rimangono in capo al RPCT di ogni azienda.

Gli RPCT delle 3 Aziende sanitarie della Regione Toscana ovvero la Azienda Toscana Centro , la Nord Ovest e la Sud est, hanno concordato di utilizzare il programma predisposto da Estar che lo concede a titolo gratuito Si ritiene , infatti che l'attivazione di una piattaforma informatica per le segnalazioni possa essere avvertita dal segnalante maggiormente tutelante e protettiva per la protezione dei suoi dati.

Per il 2020 abbiamo dunque in programma l'attuazione della piattaforma informatica predisposta e fornita da Estar.

In analogia a quanto fatto per il conflitto di interessi ovvero per offrire delle semplici informazioni operative sull'argomento è stato organizzato on line sul sito aziendale di Amministrazione Trasparente, nella categoria "Altri contenuti", un apposito spazio denominato "whistleblowing".

Le informazioni sono state organizzate in forma di domanda/risposta mettendo a disposizione le informazioni e la modulistica da utilizzare per la presentazione delle segnalazioni.

Lo spazio è stato organizzato con domande in modo tale che cliccando su queste, appare la risposta.

Le domande sono queste:

Chi è lo whistleblower?

Come trasmettere le segnalazioni?

Come viene garantito l'anonimato del segnalante?

Quale è la normativa di riferimento?

**L'obiettivo per il 2020** è quello dunque di impiantare il programma informatico per la gestione delle segnalazioni e quindi di redigere un regolamento anche in considerazione della realizzazione di tale presupposto.

Nel corso dell'anno 2018 si sono registrate 2 segnalazioni e nel 2019 una sola segnalazione. In tutti i casi il RPCT e questi, dopo gli approfondimenti del caso per verificare la minima attendibilità della segnalazione, ha sempre trasmesso i casi all'Ufficio procedimenti disciplinari per i provvedimenti di competenza.

#### Whistleblower: tabella riassuntiva, stato di attuazione e programma 2020

| Misure di carattere GENERALE   | STATO DI ATTUAZIONE AL 1 GENNAIO 2019 | FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE | INDICATORI DI ATTUAZIONE                                       | SOGGETTO RESPONSABILE |
|--|---------------------------------------|----------------------------|--|-----------------------|
| Piattaforma informatica per gestire le segnalazioni fornita da ESTAR | DA ATTUARE                            | 2020                       | applicazione del programma nel server aziendale e suo utilizzo | ESTAR                 |

#### 4.4. IL PANTOUFLAGE : PROGRAMMA PER IL 2021

La legge 190 ha introdotto il comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001, una norma volta a contenere il conflitto di interesse del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. tale divieto però riguarda tutti i dipendenti pubblici, ma soltanto coloro che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda. Per questi soggetti è vietato svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto sopra previsto sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

La norma intende prevenire uno scorretto esercizio dell'attività istituzionale da parte del dipendente pubblico, un conflitto di interessi ad effetti differiti, finalizzato a preconstituire un *favor* nei confronti di colui che in futuro potrebbe conferirgli incarichi professionali, in relazione al diretto collegamento con il principio costituzionale di trasparenza, imparzialità, buon andamento e di quello che impone ai pubblici impiegati esclusività del servizio a favore dell'Amministrazione (art. 97 e 98 Cost.).

**Nel corso del 2019** abbiamo rilevato dei casi di ex dipendenti pubblici (soprattutto medici e personale sanitario) che, una volta cessato il lavoro presso l'azienda hanno prestato la loro opera presso case di cura private anche accreditate. In questi casi però, l'Azienda non è potuta intervenire in quanto tali ex dipendenti non rientravano tra coloro che, come recita la norma, **"negli ultimi 3 anni hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della P.A."** Questa limitazione prevista dalla

norma permette alle aziende di tutelare in pieno i loro interessi perchè le situazione riscontrate anche se non rientravano nel divieto posto dalla norma , potevano rappresentare situazione comunque censurabili .

#### Pantouflage : tabella riassuntiva, stato di attuazione e programma 2020

| Misure di carattere GENERALE   | STATO DI ATTUAZIONE | FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE | INDICATORI DI ATTUAZIONE       | SOGGETTO RESPONSABILE |
|--|---------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Inserimento nei contratti di assunzione o nomina di direttore struttura dei dirigenti indicati all'art.art. 53 Dlgs 165 la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa per i tre anni successivi alla cessazione nei casi previsti dalla norma | <b>DA ATTUARE</b>   | 2020                       | inserimento clausola contratti | Risorse Umane         |

#### 4.5. RAPPORTI CON GLI STAKEHOLDERS : il comitato di partecipazione e la carta dei servizi

Gli stakeholders (portatori di interesse) ovvero i pazienti e i loro familiari , cittadini, le organizzazioni di rappresentanza della collettività , delle associazioni, di volontariato, no profit, gli enti locali, il personale e i dirigenti delle aziende sanitarie, i sindacati etc. rappresentato per l'azienda un fattore di confronto di fondamentale importanza .

Il coinvolgimento di questi soggetti all'interno dell'organizzazione è una componente fondamentale di un sistema sanitario che voglia migliorare i propri livelli di sicurezza e la qualità dell'assistenza.

Il loro contributo è utile, inoltre, per le attività di segnalazione, informazione, indagine e miglioramento.

Va assicurata la collaborazione anche per la introduzione delle competenze per la collaborazione alla promozione della sicurezza anche nei corsi di formazione realizzati per i loro associati.

In tutto il mondo, le organizzazioni sanitarie incoraggiano una stretta collaborazione con i pazienti e le loro famiglie, e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha promosso un'area, "Patients for Patients Safety", dedicata all'approfondimento delle possibili iniziative in questo ambito.

Il coinvolgimento del paziente al processo decisionale che lo riguarda garantisce la sua maggiore soddisfazione e i risultati clinici migliorano, accetta più facilmente le decisioni proposte e si attiene al trattamento deciso.

In particolare attraverso il consenso informato, il paziente riceve delle informazioni sulle opzioni, ha quindi entrambe le componenti (informazioni e preferenze) necessarie per prendere una decisione.

Esiste già da tempo all'interno della nostra organizzazione il **Comitato di partecipazione** dei cittadini e delle associazioni di volontariato (DPR502/517 1992; DPCM19 maggio1995, GU del 31.05.1995, n. 125,DL 229/1999) , coordinato dall'URP che tende a favorire l'instaurarsi di un clima organizzativo di collaborazione, integrazione, coordinamento, condivisione e di reciproca formazione, che sono la base della continuità e della sicurezza delle cure tra l'azienda le associazioni e i familiari dei pazienti.

Da evidenziare, nel corso del 2018, la approvazione della prima **Carte dei servizi Aziendale** strumento importante di comunicazione per una efficace relazione tra tutti i soggetti: cittadini, pazienti, familiari, volontari, dirigenti, e operatori presenti in tutte le diverse strutture sanitarie ed enti locali.

#### 4.6. ROTAZIONE DEL PERSONALE : individuazione criteri

**Obiettivo della misura di prevenzione** : La rotazione del personale è una misura di anticorruzione a carattere generale finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione della cosa pubblica conseguenti alla permanenza nel tempo di posizioni, funzioni e ruoli in capo allo stesso soggetto che per lungo tempo si è occupato dello stesso tipo di attività, servizio,

procedimento instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti con il pericolo che il soggetto pubblico titolare della funzione possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

**Obiettivo della misura all'interno dell'organizzazione aziendale** : L'AUSL Toscana , in questa sezione del piano Anticorruzione, definisce i criteri per l'attivazione della rotazione degli incarichi del proprio personale tenendo conto che tale misura va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione dell'azienda e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico e professionale.

**Informativa sindacale** : Sui citati criteri deve essere attuata la preventiva informativa sindacale con lo scopo di consentire di formulare in tempi brevi osservazioni e proposte in ragione dei singoli casi. Ciò non comporta però un'apertura di una fase di negoziazione in materia.

**Riferimenti normativi** : L'art. 1, comma 5, lett. b) della l. 190/2012, prevede che le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere ad ANAC *«procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari»*.

Inoltre, secondo quanto disposto dall'art. 1, comma 10, lett. b) della l. 190/2012, il RPCT deve verificare, d'intesa con il dirigente competente, *«l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione»*.

L'art. 1, comma 4, lett. e) della l. 190/2012, dispone che spetta ad ANAC definire i criteri che le amministrazioni devono seguire per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione.

Si tratta di esigenze già evidenziate da ANAC nella propria delibera n. 13 del 4 febbraio 2015, per l'attuazione dell'art. 1, comma 60 e 61, della l. 190/2012, ove si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione tecnico sanitaria ed amministrativa.

**Limiti alla rotazione , gli incarichi c.d. "infungibili"** : a questo proposito si fa presente che nel settore sanitario l'applicazione di tale misura è oltremodo delicata in particolare, l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni.

Tra i condizionamenti ed vincoli all'applicazione della rotazione nel settore sanitario vi sono quelli della cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento.

Il settore sanitario è, infatti, sostanzialmente 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.

Le posizioni apicali di Direttore di U.O.C. per personale medico e sanitario non medico (es. farmacisti, biologi, psicologi, infermieri), le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali sono generalmente **infungibili** all'interno dell'Azienda.

Per quanto riguarda le posizioni di Direttore di dipartimento (funzioni prevalentemente gestionali), l'incarico deve essere conferito ad un Dirigente di U.O.C. tra quelli afferenti al dipartimento, pertanto è possibile ritenere che tutti i suddetti dirigenti di quel dipartimento siano potenzialmente suscettibili di ricoprire a rotazione l'incarico. Gli incarichi di direzione amministrativi e/o tecnici e/o professionali richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.) e le figure in grado di svolgere questi compiti sono in numero molto limitato all'interno dell'Azienda.

### **Programmazione della rotazione :**

È fondamentale che la rotazione sia programmata su base pluriennale, tenendo in considerazione i vincoli soggettivi e oggettivi come sopra descritti, dopo che sono state individuate le aree a rischio corruzione e al loro interno gli uffici maggiormente esposti a fenomeni corruttivi. Ciò consente di rendere trasparente il processo di rotazione e di stabilirne i nessi con le altre misure di prevenzione della corruzione.

La programmazione della rotazione richiede non solo il coordinamento del RPCT, ma anche e soprattutto il forte coinvolgimento di tutti i dirigenti e dei referenti del RPCT, se presenti all'interno della struttura. Come

ogni misura specifica, la rotazione deve essere calibrata in relazione alle caratteristiche peculiari di ogni struttura (dimensione e relativa dotazione organica, qualità del personale addetto, modalità di funzionamento degli uffici, distribuzione del lavoro e delle mansioni).

**TUTTO CIO' PREMESSO e tenendo conto dei limiti oggettivi e soggettivi come sopra riportati AUSL T.C. , determina i criteri di rotazione all'interno del presente PTPCT come di seguito indicato :**

- 1) **La rotazione ordinaria** si rivolge principalmente al personale dirigente che opera nelle aree a maggior rischio corruzione come indicate da ANAC per il settore sanitario .

La rotazione è attuata al termine della scadenza dell'incarico. Ovvero per regola la responsabilità dell'ufficio o del servizio dovrebbe essere affidata al termine dell'incarico ad altro dirigente, a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente in modo tale che la rotazione dirigenziale, specie in determinate aree a rischio, dovrebbe essere una prassi "fisiologica", mai assumendo carattere punitivo e/o sanzionatorio. Essendo la rotazione una misura che ha effetti su tutta l'organizzazione di un'amministrazione, progressivamente la rotazione dovrebbe essere applicata anche a quei dirigenti che non operano nelle aree a rischio. Ciò tra l'altro sarebbe funzionale anche a evitare che nelle aree di rischio ruotino sempre gli stessi dirigenti. La mancata attuazione della rotazione deve essere congruamente motivata da parte del soggetto tenuto all'attuazione della misura.

La rotazione degli incarichi dovrà essere attivata insieme a percorsi formativi di aggiornamento atti a creare competenze idonee a supportare la concreta attuazione della misura. Tali percorsi riguardano in modo particolare l'affiancamento del dirigente da far ruotare dal soggetto che dovrà subentrare nella funzione in modo tale da trasmettere e trasferire conoscenze e competenze necessarie.

Ai fini di permettere alla direzione aziendale di dare corso alla misura, il Direttore RU trasmette alla Direzione l'elenco dei dirigenti con incarichi a scadenza nell'anno successivo nelle aree indicate a rischio . La direzione preso atto dell'elenco stabilisce gli incarichi da conferire previa rotazione tenendo conto degli incarichi c.d. "infungibili" come in premessa specificati.

- 2) **Gli incarichi c.d. infungibili** come descritti in premessa, per i quali non può essere attivata la misura della rotazione possono essere previste **misure alternative** ovvero:

In questi casi in presenza di concentrazione di funzioni infungibili ad un unico soggetto per un periodo di tempo prolungato può essere previsto che particolari fasi procedurali siano affidate a soggetti diversi ( PO) pur rimanendo al dirigente la titolarità del provvedimento finale.

Inoltre possono essere previsti meccanismi di condivisione delle fasi procedurali provvedendo in modo tale, ferma restando l'unitarietà/responsabilità del procedimento rispetto all'interlocuzione esterna, più soggetti condividano valutazioni degli elementi rilevanti alla decisione finale.

- 3) **La rotazione straordinaria** si attiva nei casi in cui si sono verificati fatti di oggetto del procedimento penale/disciplinare a carico del soggetto. Tale tipologia di rotazione tende ad evitare che il rischio corruttivo già evidenziato possa ripetersi e l'intervento è finalizzato anche ai fini di tutelare l'immagine e situazioni che possono essere pregiudizievoli per l'Azienda.

In caso di notizia formale di avvio del procedimento penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva a carico del dirigente/dipendente ferma restando la possibilità di adottare la sospensione dal rapporto di lavoro, la direzione decide se operare con atto motivato alla revoca dell'incarico ed il passaggio ad altro incarico.

Nel caso le procedure censorie riguardino personale non dirigente, la direzione può verificare se questo può essere assegnato ad altra struttura o altro settore.

In casi particolari di natura fiduciaria come ad esempio di direttori di dipartimento, la Direzione aziendale valuterà se alla luce dei fatti sia venuto meno tale rapporto e soltanto in quest'ultimo caso l'incarico potrà essere revocato.

## 5. LA TRASPARENZA: GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E L'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

### La trasparenza amministrativa : gli obblighi di pubblicazione e l'accesso civico generalizzato

A proposito della trasparenza all'interno delle organizzazioni , Raffaele Cantone scrive :  
*“L'importanza di questo strumento (trasparenza) nella prospettiva dell'anticorruzione è avvertita nello scenario internazionale e trova una manifestazione particolarmente chiara, ma anche ampia e articolata, proprio nella recente legislazione italiana, che ha costruito nell'arco dell'ultimo quinquennio un modello sicuramente innovativo e ricco di potenzialità. In particolare, è progressivamente maturato un sistema di trasparenza strutturato su due modelli: quello degli obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale (“amministrazione trasparente”) in open data, oggetto di una disciplina ampia ed organica con il d.lgs. n. 33 del 2013, e l'accesso civico generalizzato”.*

Il sistema della trasparenza amministrativa si realizza attraverso l'applicazione di due strumenti :

- a) l'obbligo di pubblicare sul sito istituzionale dell'ente , in un apposito spazio denominato Amministrazione Trasparente , una molteplicità di dati e documenti prestabiliti per legge concernenti l'organizzazione e l'attività dell'ente ;
- b) l'accesso civico generalizzato il c.d. F.o.i.a. (Freedom of information act) ovvero il diritto di conoscere documenti, atti e informazioni prodotti e detenuti dalla pubblica amministrazione ulteriori rispetto a quelli la cui pubblicazione è obbligatoria;

Entrambi questi strumenti corrispondono al principio introdotto nel nostro ordinamento con Dlgs 97/2016 che ha parzialmente modificato il Dlgs 33/2013 per cui la trasparenza è intesa **“come “accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”.**

La trasparenza assume rilievo costituzionale in quanto integra il livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e concorre ad attuare il principio democratico e costituzionale di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.

La trasparenza è, inoltre, condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino e della collettività.

### Gli obblighi di pubblicazione e l'attività del 2020 e il programma 2021

In seguito alla riorganizzazione aziendale seguita alla nascita, il 1° gennaio 2016, di ASL Toscana Centro il sistema degli obblighi di pubblicazione è stato completamente ridefinito e riorganizzato sulla base dei nuovi livelli di responsabilità. Nel corso del 2019, in particolare, sono stati riorganizzati alcuni importanti Dipartimenti amministrativi, tra cui il Decentramento, lo Staff della Direzione Amministrativa, l'Area Tecnica e l'Amministrazione Pianificazione e Controllo cosicché è stato necessario ridefinire anche le responsabilità in relazione al flusso delle informazioni e dei dati da pubblicare conseguente alla nuova organizzazione .

In sostanza e dando uno sguardo al lavoro svolto, il 2019 è stato l'anno in cui l'intero sistema della Trasparenza, all'interno di ASL Toscana Centro, è stato aggiornato e comunque ridefinito e consolidato sotto vari aspetti:

- **sono stati completamente definiti gli obblighi di pubblicazione e le relative responsabilità** per i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria contenuti nel Decreto n. 33 del 14.3.2013 e sono stati considerati gli obblighi di pubblicazione previsti all'interno di altre normative di settore che prevedono obblighi di pubblicazione (D.Lgs 50/2016 Codice dei contratti pubblici, D.Lgs 117/2017 Codice del terzo settore, Legge 24/2017 Responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, ecc);

- **ogni singolo obbligo di pubblicazione** è stato attribuito ad uno specifico Dipartimento/Staff competente (**DIR**) e, all'interno di questo, al **Direttore di Struttura competente (RESP)**, che è responsabile sia della **trasmissione** che della **pubblicazione** del dato. Come previsto dall'art. 10 del D.Lgs 33/2013, a partire dal 2018 e poi riportato nel PTPCT 2019 – 2021, è stato indicato in una apposita sezione, l'elenco degli obblighi con indicazione del responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, informazioni e dati previsti dalla normativa sulla trasparenza. I nominativi e la funzione dei responsabili della pubblicazione, a cui è stato aggiunto l'elenco degli addetti materialmente alla pubblicazione, si trova a pag. 8 del paragrafo 1 di questo Piano;
- è stata completata l'individuazione, all'interno delle macro aree dipartimentali, dei **Referenti di Dipartimento/Area**. Si tratta di collaboratori individuati dai Direttori di Dipartimento che svolgono il ruolo di facilitatori per l'Anticorruzione e la Trasparenza all'interno del proprio Dipartimento. La collaborazione con loro ha permesso di verificare lo stato di attuazione di pubblicazione dei dati, di individuare i dati ancora mancanti, di stabilire i requisiti dei dati da pubblicare, e spesso ha reso possibile la pubblicazione di dati in modo uniforme a livello di ASL Toscana Centro, indipendentemente dalla zona di provenienza, per una migliore lettura ed organicità dei dati. La collaborazione con loro si è svolta in modo molto proficuo e produttivo e ha consentito di mantenere un costante rapporto con le Strutture coinvolte.

I referenti, nominati con delibera D.G. n. 525 del 13.04.2017, sono in parte ridefiniti ai sensi della delibera di approvazione di questo Piano anticorruzione, per cui ad oggi referenti sono i seguenti:

- per il Dipartimento risorse umane : il referente è Sonnj Paccagnini
  - per il Dipartimento di area tecnica : il referente è Roberta Giannetti
  - per il Dipartimento Amministrazione Pianificazione e CdG:il referente è Aldo Patruno
  - per lo Staff del Direzione Generale : il referente è Ilaria Perigli
  - per il Dipartimento di Prevenzione : il referente è Nadia Betti
  - per il Dipartimento del Decentramento: il referente è Laura Belmonte
- per ogni dato obbligatorio da pubblicare è stata individuato, un **addetto alla pubblicazione** che cura, alle scadenze previste, la **pubblicazione materiale** del dato su Amministrazione Trasparente per ogni Dipartimento a cui sono stati attribuiti degli obblighi di pubblicazione. Si tratta cioè di un collaboratore del Responsabile della Struttura titolare dell'obbligo di pubblicazione, appositamente formato per la pubblicazione sul sito, che pubblica su Amministrazione Trasparente il dato ricevuto e verificato dal**RESP il quale rimane a tutti gli effetti Responsabile sia della trasmissione che della pubblicazione del dato**. L'individuazione di questa figura ha permesso di decentrare presso le Strutture competenti la funzione materiale di pubblicazione dei dati, che prima era accentrata in un unico Ufficio.

Il 2020, è stato un anno in cui la maggior parte delle Strutture aziendali è stata impegnata nell'attività di contrasto all'emergenza Covid, tuttora in corso.

Per quanto riguarda la Trasparenza, non si sono avute sostanziali modifiche nell'assetto degli obblighi e nella materia dell'accesso civico. Con Delibera del D.G. n. 385 del 26.03.2020 sono state disposte alcune modifiche organizzative nei Dipartimenti amministrativi che si riflettono nella titolarità dei rispettivi obblighi di pubblicazione, e che sono state registrate nel file allegato B – Elenco obblighi di pubblicazione. Con la stessa delibera è stato disposto anche il trasferimento della funzione di trattamento delle richieste di accesso civico generalizzato dalla SOS URP alla SOC Affari Generali, struttura presso la quale sono state centralizzate tutte le attività di gestione dell'accesso, sia esso civico generalizzato o documentale.

A livello nazionale, il D.L n. 18 del 17 marzo 2020 ha disposto, per motivi legati all'emergenza sanitaria in atto, la sospensione degli adempimenti in materia di trasparenza e della possibilità di presentare domande di accesso civico nel periodo dal 23 febbraio al 15 aprile, poi prorogata al 15 maggio.

Con il Comunicato del Presidente del 12 marzo 2020, ANAC ha posticipato dal 31 marzo al 30 giugno 2020 i termini per l'attestazione di OIV in materia di obblighi di pubblicazione, prevista dall'art. 14, co. 4, lett. g), del D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009.

## Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione svolto nel 2019 e 2020

L'attività di **Monitoraggio** anche nel sistema di trasparenza come in quello dell'anticorruzione, si articola in due livelli di monitoraggio : il primo è svolto all'interno della struttura che detiene il dato, il secondo viene effettuato periodicamente nel corso dell'anno dal RPCT con il gruppo di lavoro.

Una volta consolidato il sistema delle responsabilità, è stato possibile avviare in modo continuativo, la funzione di monitoraggio in modo da assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate. Tale funzione, svolta dal Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT) con il Gruppo di Lavoro, è una verifica periodica sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione secondo le tempistiche previste dalla norma, curando la qualità dei dati stessi, che si svolge in collaborazione con i titolari degli obblighi nell'ottica di una crescita complessiva di tutto il sistema. Si svolge attraverso incontri e momenti di supporto alle Strutture per concludersi in comunicazioni formali sullo stato di attuazione della pubblicazione che viene comunicata con cadenza semestrale ad ogni DIR e RESP.

Tuttavia la crescita collettiva sull'importanza della trasparenza nell'attività pubblica e nelle decisioni a cui necessariamente si deve accompagnare una efficace sensibilizzazione sulla materia, non può prescindere da una costante attività formativa svolta dall'Ufficio nei confronti di tutti i soggetti coinvolti: Direttori di Dipartimento, di Struttura, Posizioni Organizzative. Si rinvia all'apposito paragrafo per i dati specifici sulla formazione svolta

Dopo la definizione degli obblighi di pubblicazione e dei titolari della trasmissione e pubblicazione dei dati, rivista a seguito delle modifiche organizzative approvate nel corso del 2019, l'attività di monitoraggio è proseguita in maniera costante nel corso di tutto il 2019.

Sono state effettuate due verifiche semestrali utilizzando gli stessi criteri di valutazione adottati da O.I.V. nel corso della verifica annuale degli obblighi di Trasparenza, e cioè:

- a) Pubblicazione
- b) Completezza del contenuto
- c) Aggiornamento
- d) Apertura formato

La definizione organizzativa (in una ASL molto grande come Toscana Centro) ha consentito di svolgere un monitoraggio più appropriato sul livello di attuazione della qualità e quantità dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria. L'incremento sostanziale dei dati pubblicati c'è stato nel 2018 in cui è stato pubblicato l'87% dei dati obbligatori, con un notevole miglioramento rispetto al 2017 in cui era pubblicato soltanto il 29%. Comunque anche nel 2019 c'è stato un incremento dei dati pubblicati che hanno raggiunto il 94.49% dei dati totali.

L'invio dei risultati di monitoraggio è stato sempre preceduto da verifiche e incontri a supporto delle Strutture e dei Referenti di Dipartimento perché anche l'attività di monitoraggio venga percepita non come una mera valutazione ma come un'occasione di approfondimento e di avanzamento nell'operatività del sistema Trasparenza.

L'attività di monitoraggio svolta nel 2020 ha risentito parzialmente della situazione di emergenza a cui l'Azienda ha dovuto far fronte. E' stato comunque possibile mantenere un buon livello di attività sia da parte dei Dipartimenti e Strutture che hanno svolto attività di monitoraggio interno, sia da parte dell'RPCT e del Gruppo di lavoro che hanno svolto attività di monitoraggio di secondo livello.

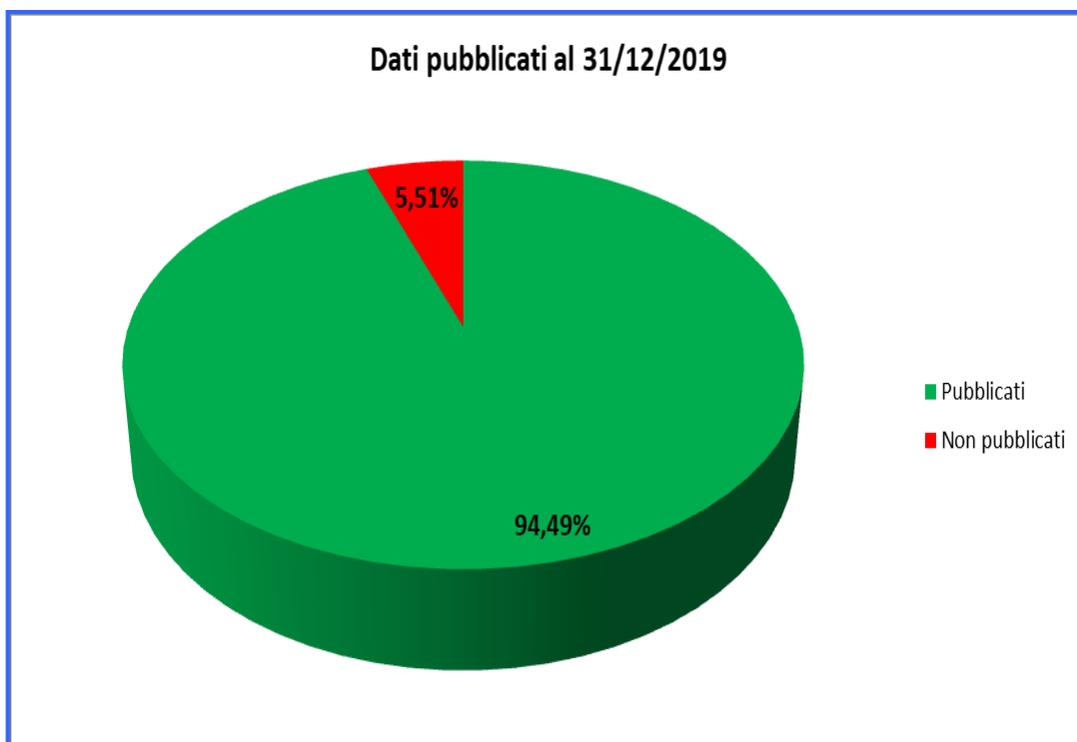
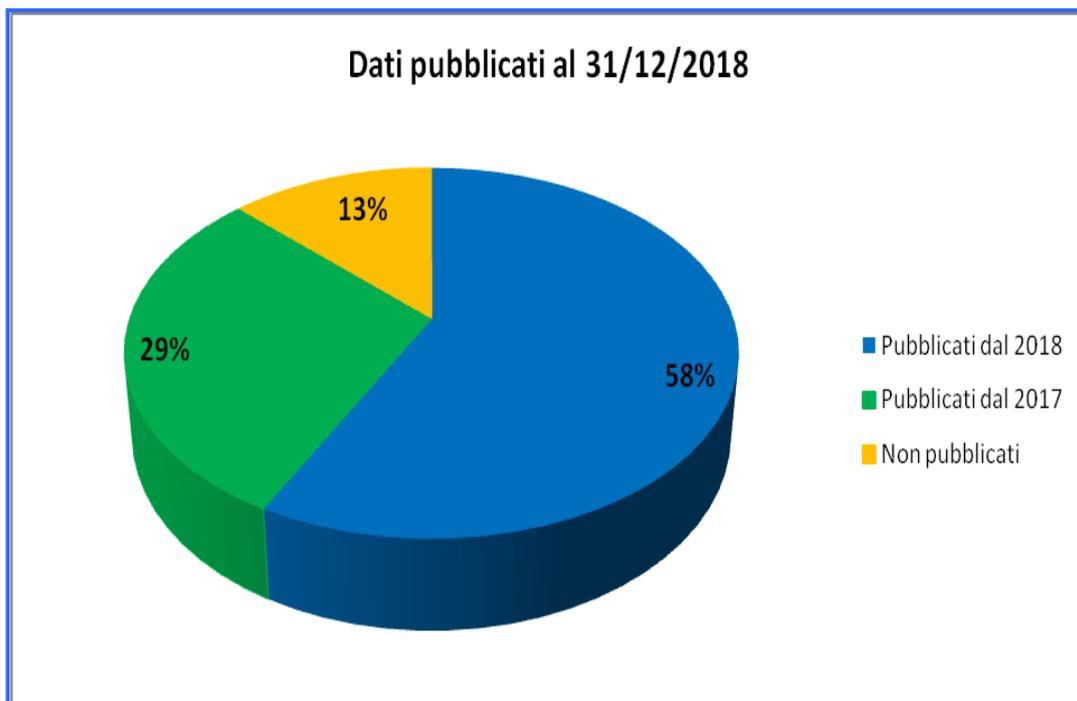
Nonostante le difficoltà del periodo, non si è interrotta neanche l'attività di supporto ai titolari degli obblighi di pubblicazione che si è svolta in modalità online.

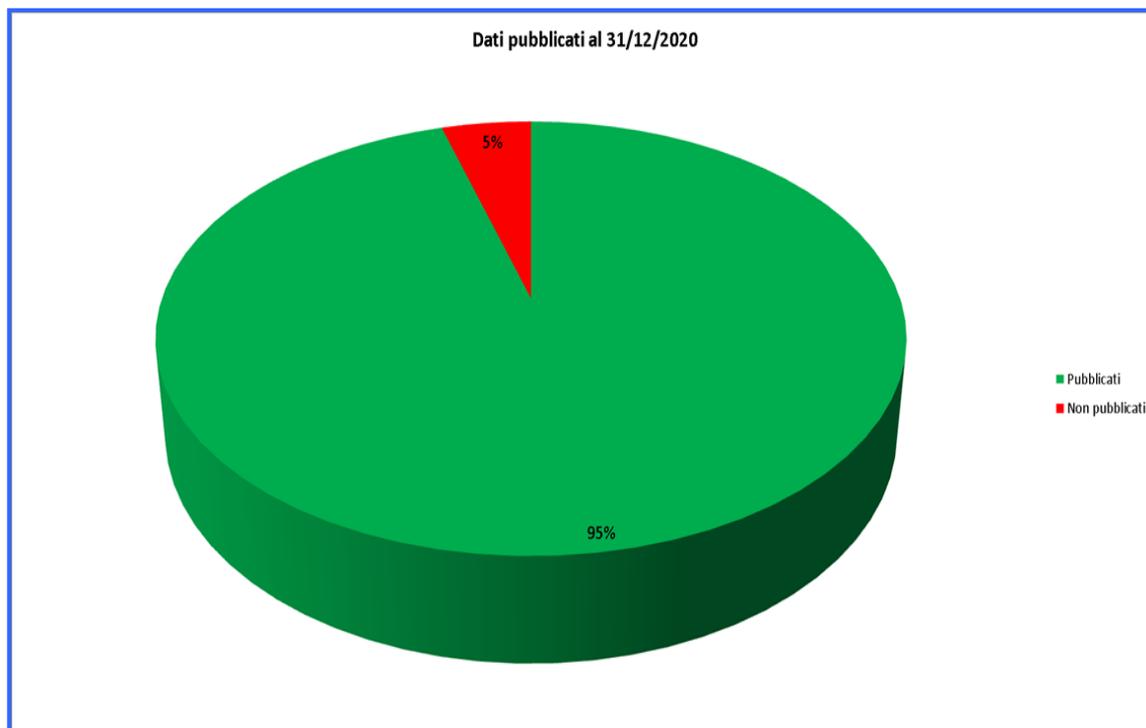
L'attività di monitoraggio semestrale, che ha utilizzato gli stessi criteri di valutazione adottati da O.I.V. nel corso della verifica annuale degli obblighi di Trasparenza, e cioè:

- a) Pubblicazione
- b) Completezza del contenuto
- c) Aggiornamento
- d) Apertura formato

ha dato risultati più che soddisfacenti, in relazione al periodo di emergenza in atto, come si evince dalla tabella dei dati pubblicati al 31/12/2020 che riporta il 95% dei dati pubblicati.

Le figure sottostanti illustrano la situazione dei dati pubblicati al 31/12/2018, al 31/12/2019 e al 31/12/2020, e mostra il trend di miglioramento continuo negli ultimi anni:





### La verifica 2020 da parte dell'OIV

Per quanto riguarda l'attività di verifica svolta da OIV sull'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione dei dati in Amministrazione trasparente si rinvia a quanto già scritto a pagina 11 nella prima parte del Piano.

In questa sede si fa presente che, per quanto riguarda l'attestazione sulla completezza e correttezza dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria in amministrazione trasparente, l'OIV aziendale ha svolto la verifica in **data 30 giugno 2020** successivamente rettificata come di seguito:

L'OIV ha rilasciato pertanto parere positivo e attestando che:

- l'Azienda ha individuato misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione trasparente
- l'Azienda ha individuato nella sezione trasparenza del Piano i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi dell'art. 10 del Dlgs 33/2013.
- l'Ente non ha disposto filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione AT salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente

### L'accesso civico generalizzato in Azienda

Nell'introduzione a questo paragrafo ci siamo soffermati sulla rilevanza che l'accesso civico generalizzato ha assunto nel nostro ordinamento e come attraverso l'applicazione di questo istituto sia dia concreta applicazione al principio di trasparenza enunciato nel decreto 97 del 2016 inteso come **"accessibilità totale ai dati, alle informazioni ed ai documenti delle 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"**.

Nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali etc. ..., la trasparenza, nella pubblica amministrazione, concorre ad attuare il principio democratico e costituzionale 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 e concorre alla realizzazione di un'amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

Le istanze di accesso civico generalizzato possono essere trasmesse all'indirizzo mail specifico [accessocivico@uslcentro.toscana.it](mailto:accessocivico@uslcentro.toscana.it) oppure all'indirizzo mail [accessoaffarigenerali@uslcentro.toscana.it](mailto:accessoaffarigenerali@uslcentro.toscana.it)

[direzione.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslcentro@postacert.toscana.it) che trasmette la richiesta all'URP, di norma, entro lo stesso giorno.

Dopo una prima esperienza in cui è stato individuato l'URP come unico interlocutore che ha organizzato e coordinato a livello centrale le richieste delle informazioni, con Delibera del D.G. n. n. 385 del 26.03.2020 è stato disposto il trasferimento della funzione di trattamento delle richieste di accesso civico generalizzato dalla SOS URP alla SOC Affari Generali, struttura presso la quale sono state centralizzate tutte le attività di gestione dell'accesso, sia esso civico generalizzato o documentale. È confermata quindi la scelta di un unico interlocutore che dialoghi con il pubblico - in linea con i principi riportati nelle Linee guida approvate da ANAC con delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016 - in cui una struttura a livello centrale organizza e coordina la richiesta delle informazioni e provvede alle risposte, coordina l'intero percorso dall'inizio al termine, insieme ai detentori dei dati e delle informazioni richieste, valuta la presenza di contro interessati, gli eventuali limiti posti dalla normativa, accoglie in tutto o in parte la richiesta, la motiva, così come in caso di diniego parziale o totale.

Le istanze di accesso civico generalizzato possono essere trasmesse all'indirizzo mail specifico [accessocivico@uslcentro.toscana.it](mailto:accessocivico@uslcentro.toscana.it) oppure all'indirizzo mail [accessoaffarigenerali@uslcentro.toscana.it](mailto:accessoaffarigenerali@uslcentro.toscana.it)

Un altro aspetto importante è la rilevanza che anche il regolamento aziendale ha dato alla tenuta del Registro di accesso civico generalizzato (art. 20) da pubblicare con cadenza semestrale sul sito istituzionale dell'Azienda in "Amministrazione trasparente" e che deve contenere i dati utili a gestire in modo efficiente le richieste di accesso ricevute, ad agevolare l'esercizio del diritto di accesso generalizzato da parte degli interessati e a monitorare l'attuazione della disciplina in materia.

Il regolamento aziendale in materia, approvato con delibera D.G. n. 1284 del 26.10.2017 è in corso di modifica per recepire le modifiche organizzative e procedurali conseguenti al trasferimento delle competenze dall'URP alla SOC Affari Generali.

### **Il numero di richieste di accesso civico generalizzato in Azienda ed il riesame del RPCT: numero di richieste a confronto anni 2018-2019 e 2020**

#### **Richieste di accesso civico generalizzato presentate nel 2020**

Numero di richieste di accesso civico generalizzato pervenute: totale n. 16

Sono stati oggetto delle richieste: Attività di Job Posting, casi COVID 19, Infortuni sul lavoro, numero posti letto ospedali, dati su appalti.

È stata presentata 1 richiesta di riesame, su 16 richieste complessive di accesso.

L'esito delle richieste di riesame presentate nel 2020 è stato di accoglimento totale per cui l'RPCT è intervenuto con proprio provvedimento motivato ordinando la divulgazione completa dei dati delle informazioni o dei documenti richiesti.

**Richieste di accesso civico generalizzato presentate nel 2019** sono pervenute 22 richieste di accesso generalizzato di cui:

- 2 richieste da Associazioni
- 10 richieste da privati

(sono stati oggetto delle richieste: dati vaccinali, parere igiene pubblica, dati sui canili, dati analisi stabilimenti termali, dati anagrafe canina)

- **3** richieste di riesame su 22 richieste complessive di accesso

L'esito delle richieste di riesame presentate nel 2019 è stato sempre di **accoglimento totale** per cui il RPCT è intervenuto con proprio provvedimento motivato ordinando la divulgazione completa dei dati delle informazione o dei documenti richiesti .

**Richieste di accesso civico generalizzato presentate nel 2018** sono pervenute 20 richieste di accesso generalizzato di cui :

- 7 presentate da associazioni:  
*(esempio oggetto richieste  
nominativi responsabili conservazione e archiviazione pratiche pisl  
elenco ginecologi obiettori  
nominativo elenco addetti stampa  
info comunità terapeutica (ex scuola)  
dati pazienti Serd)*
- 13 richieste presentate da privati :  
*(esempio oggetto richieste:verbali selezioni delibere  
nominativi docenti dip prevenzione autorizzati per docenze  
nominativi di coloro che hanno fatto espiti in merito ad una certa ditta  
dati su numero apparecchi acustici  
dati su appalto ospedale  
dati su personale comandato in entrata)*

- **4** richieste di riesame su 20 richieste complessive di accesso

L'esito delle richieste di riesame presentate nel 2018 è stato sempre di **accoglimento totale** per cui il RPCT è intervenuto con proprio provvedimento motivato ordinando la divulgazione completa dei dati delle informazione o dei documenti richiesti .

**Richieste di accesso civico generalizzato presentate nel 2017** sono pervenute 16 richieste di accesso generalizzato di cui :

- 1 richiesta da Associazioni
- 15 richieste da privati

- **2** richieste di riesame 16 richieste complessive di accesso

Confrontando i dati 2017 – 2018 , si nota un incremento sia delle richieste di accesso (da 16 a 20 richieste) sia delle richieste di riesame presentate al RPCT (da 2 a 4 richieste di riesame)

L'esito delle richieste di riesame presentate nel 2017 è stato in entrambi i casi di **accoglimento parziale** motivato dal RPCT con proprio provvedimento .

### Gli obiettivi per il 2021

Per il 2021 l'obiettivo principale è il consolidamento del sistema Trasparenza, nei suoi diversi ambiti:

- Prosecuzione del rapporto di collaborazione e supporto, anche giuridico, ai Dipartimenti, Strutture e Referenti per la pubblicazione, per l'aggiornamento degli obblighi di pubblicazione ed il miglioramento della qualità dei dati pubblicati, tenendo conto anche dei rilievi e delle indicazioni di miglioramento della qualità dei dati pubblicati fatti da OIV al termine della verifica annuale sulla trasparenza.
- Definizione in 15 giorni del termine entro cui aggiornare i dati pubblicati a partire dalla scadenza (tempestiva, semestrale, annuale) stabilita da ANAC nella delibera n.1310/2016

- Consolidamento dell'attività di monitoraggio semestrale;
- Formazione tradizionale in aula e in e-learning sulle misure per la trasparenza e sull'accesso civico generalizzato rivolta soprattutto al personale dei Dipartimenti amministrativi, più coinvolti nella pubblicazione dei dati ;
- Prosecuzione anche nel 2021 della formazione a distanza (FAD) sulle tematiche dell'anticorruzione e della trasparenza, utilizzando le risorse formative messe a disposizione dal FORMAS (Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria) sulla piattaforma e-learning.

## 6. ALLEGATI AL PIANO ANTICORRUZIONE TRASPARENZA 2019 – 2021

---

# ALLEGATI AL PIANO

**6.1. ALLEGATO A) - Catalogo dei processi 2020 : schede di analisi complete e "Registro dei rischi"**

**6.2. ALLEGATO B)- Tabelle di pubblicazione dei dati obbligatorio suddivise per Dipartimento e strutture**