

	Responsabile Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Piano Anticorruzione e trasparenza 2019- 2021		7°	1/78

## PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA 2019 – 2021

Data	Redazione	Verifica	Approvazione
25/01/2019	Responsabile Anticorruzione e Trasparenza Rossella Centoni e per catalogo dei processi: Gianluca Nappo, per la trasparenza: Benedetta Ninci	Direttore Amministrativo Dr. Massimo Braganti	Direttore Generale Dr. Paolo Morello Marchese

**Gruppo di redazione :** non previsto.

**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..... .

<b>Prefazione.....</b>	<b>5</b>
Le caratteristiche del Piano e i suoi contenuti.....	5
Procedimento di adozione del Piano e sua diffusione.....	6
<b>1. IL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO .....</b>	<b>7</b>
Il Contesto esterno .....	7
Il Contesto interno : la complessità organizzativa, l'organizzazione interna e territoriale .....	12
L'organizzazione territoriale .....	12
L'organizzazione interna.....	15
<b>2. I SOGGETTI CHE IN AZIENDA INTERAGISCONO NEL SISTEMA DI ANTICORUZZINE E TRASPARENZA.....</b>	<b>19</b>
Modello organizzativo .....	19
Il Direttore Generale e gli obiettivi strategici .....	19
Il Responsabile Anticorruzione Trasparenza e il Gruppo di lavoro permanente .....	20
I Direttori di Dipartimento , i Direttori di Staff, i Direttori di struttura e i Referenti aziendali.....	21
L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) .....	23
Il Coordinamento degli RPCT della Regione Toscana .....	23
I lavori dell' Ufficio Procedimenti Disciplinari e i rapporti con il RPCT: attività 2018 a 2017 .....	23
<b>3. IL PIANO 2019- 2021: LA STRUTTURA INTERNA E LE FINALITA' GENERALI.....</b>	<b>25</b>
La prevenzione della corruzione come mezzo di buon governo e l'attuazione della trasparenza come fonte di buona amministrazione.....	25
Un sistema dinamico finalizzato al miglioramento continuo e all'azione di monitoraggio e verifica .....	27
Il coordinamento tra il Piano anticorruzione e il Piano della performance.....	28
<b>4. LA MAPPATURA ED IL CATALOGO DEI PROCESSI 2019 .....</b>	<b>30</b>
La gestione del rischio e la mappatura dei processi.....	30
Il Rischio corruzione : I fattori e criteri analizzati per la sua individuazione.....	31
La misura di prevenzione: fattori e criteri utilizzati per la sua individuazione .....	32
La nuova scheda utilizzata per la mappatura dei processi nel 2018 .....	32
La procedura operativa per la mappatura dei processi e il monitoraggio e le responsabilità : sintesi .....	33
I processi mappati ed il catalogo dei processi 2019 .....	35
Indice dei processi mappati.....	35
<b>5. LE MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE .....</b>	<b>38</b>
5.1. LA FORMAZIONE.....	38

Attività 2018, programma formativo per l'anno 2019 e FAD .....	38
Tabella riassuntiva: stato di attuazione della misura e programma 2019.....	40
<b>5.2. IL CODICE DI COMPORTAMENTO : AGGIORNAMENTO</b> .....	40
Una particolare attenzione : l'integrità del dipendente pubblico disegnata dal Codice .....	40
Attività 2018: aggiornamento del Codice, "Informativa sintetica sull'uso corretto degli strumenti social media da parte dei dipendenti della AUSL Toscana Centro" .....	43
Attività 2019 .....	44
Tabella riassuntiva: stato di attuazione della misura e programma 2019.....	44
<b>5.3. GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI</b> .....	44
Attività 2018 : la predisposizione del Regolamento aziendale per la gestione del conflitto di interessi .....	44
Attività 2018 : la raccolta delle comunicazione dei dipendenti e l'obbligo di astensione.....	47
Attività 2019 : raccolta delle comunicazione dei dirigenti, direttori di struttura .....	48
Le dichiarazioni dei dipendenti che fanno parte di Commissioni di gara e concorsi.....	48
Tabella riassuntiva: stato di attuazione della misura e programma 2019 .....	49
Attività 2018: Incarichi e attività extra-istituzionali (regolamento).....	49
Tabella riassuntiva incarichi extra servizio : stato di attuazione della misura e programma 2019 .....	49
<b>5.4. GESTIONE DELLO WHISTLEBLOWING</b> .....	50
La procedura informatica per la raccolta di segnalazioni e il lavoro del Coordinamento regionale RPCT .....	50
Le segnalazioni di whistleblowing nel 2018.....	52
Tabella riassuntiva: stato di attuazione della misura e programma 2019.....	52
<b>5.5. RAPPORTI CON GLI STAKEHOLDERS</b> .....	52
Attività 2018 : "La Giornata della Trasparenza" .....	53
La nuova carta dei servizi di AUSL T.C.....	53
Tabella riassuntiva: stato di attuazione della misura e programma 2019.....	53
<b>5.6. IL PANTOUFLAGE</b> .....	54
<b>5.7. ROTAZIONE DEL PERSONALE : LE CRITICITA' NEL SETTORE SANITARIO</b> .....	54
<b>6. IL MONITORAGGIO 2018 SULL' ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO INDIVIDUATE NEL PROCESSI MAPPATI NEL 2017</b> .....	56
Attività 2018 : Azioni di monitoraggio e attuazione delle azioni di miglioramento .....	56
Risultato monitoraggio del 2018 sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione collocate nei processi mappati nel 2017 .....	57

<b>7.</b>	<b>LA TRASPARENZA, L'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO E IL MONITORAGGIO.....</b>	<b>69</b>
	L'Azienda a passo con i tempi : difronte alla nuova trasparenza .....	69
7.1.	<b>LA PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA DEI DATI E LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA'</b> .....	70
	Il rapporto con le strutture che detengono i dati ed il ruolo dei "referenti" .....	72
	Dati di pubblicazione obbligatoria e l'albero della trasparenza : cosa è stato fatto .....	72
	Monitoraggio 2018 e risultati di verifica degli obblighi di pubblicazione.....	73
	Verifica 2018 da parte dell'O.I.V.....	74
	La Giornata della Trasparenza .....	74
	Obiettivi programmati per il 2019.....	74
7.2.	<b>ACCESO CIVICO IN AZIENDA</b> .....	75
	<b>Attività 2017 e 2018 : richieste di accesso generalizzato e risultato del riesame</b> .....	76
	<b>Attività 2019</b> .....	77
	<b>Nomina del RASA aziendale</b> .....	77
<b>8.</b>	<b>ALLEGATI AL PIANO.....</b>	<b>78</b>
8.1.	<b>ALLEGATO n. 1 – Catalogo dei processi 2019</b> .....	78
8.2.	<b>ALLEGATO 2 – Tabelle di pubblicazione dei dati obbligatori suddivise per Dipartimento</b> .....	78
	<b>e strutture</b> .....	78
8.3.	<b>ALLEGATO 3 - Regolamento aziendale per la gestione del Conflitto di interessi</b> .....	78

## Prefazione

### Le caratteristiche del Piano e i suoi contenuti

Il Piano per l'anno 2019, con scorrimento al 2021, è il terzo dell'Azienda USL Toscana Centro, un'azienda "giovane" istituita dal 1° gennaio 2016, ma particolarmente complessa.

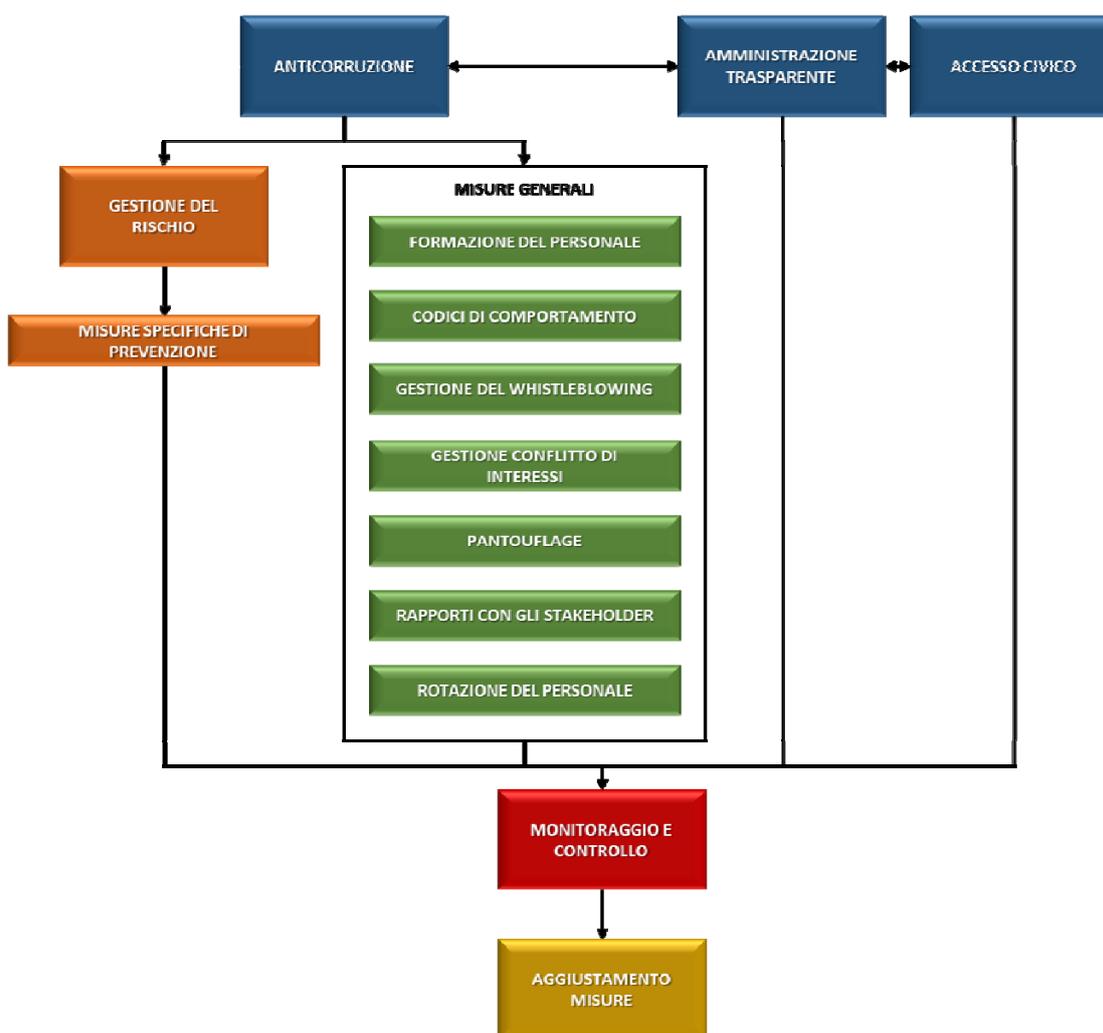
Anche quest'anno si è cercato di mantenere un carattere di "semplicità" ed "intellegibilità" del documento nel suo complesso, inaugurato già con il Piano del 2018.

Il Piano, infatti, cerca di apparire, ma anche e soprattutto di essere, "snello" e "agevole", composto da un numero contenuto di pagine con l'obiettivo di farne un documento "aperto" e di facile lettura, accessibile non soltanto agli addetti ai lavori, ma anche a coloro che si pongono al di fuori della nostra organizzazione.

Il fine è quello di dare conto delle iniziative che la nostra azienda intende progettare ed attuare per prevenire episodi corruttivi e di mal costume in un quadro organizzativo e di responsabilità in cui l'accessibilità totale alle informazioni diviene sempre di più un requisito fondamentale di buona amministrazione.

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

**Per quanto riguarda i contenuti, la figura sottostante sintetizza le materie trattate dal Piano. In ogni sezione si dà conto di ciò che è stato fatto nel 2018 e dei programmi futuri, in particolare per il 2019:**



## Procedimento di adozione del Piano e sua diffusione

Il Piano è adottato con Delibera del Direttore Generale entro il 31 gennaio 2019 , su proposta del R.P.C.T., in conformità a quanto disposto dall'art. 1, comma 8, della Legge 190/2012.

La proposta di Piano è stata trasmessa direttamente per mail alla Direzione Aziendale (Direttore Generale , Direttore Amministrativo, Direttore sanitario e Direttore dei servizi sociali) , al Collegio Sindacale, all'OIV , al Presidente del Comitato di partecipazione dei rappresentanti degli utenti aziendale, ai Coordinamento regionale dei Responsabili Anticorruzione e della Regione Toscana .

La proposta è stata, comunque, pubblicata sul sito itranet dell'azienda per essere sottoposta a consultazione pubblica al fine di raccogliere osservazioni, suggerimenti e contributi in vista della stesura del testo definitivo e della sua approvazione che deve, come noto, avvenire entro il 31 gennaio 2019.

In tale pubblicazione è stato specificato che le osservazioni, i suggerimenti etc. "possono essere trasmessi **entro il 24 gennaio 2019** con una semplice mail all'indirizzo: anticorruzione@uslcentro.toscana.it".

## 1. IL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO

### Il Contesto esterno

*“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. Le forme e l’intensità della diffusione di tali comportamenti e azioni si differenziano a seconda del livello generale di integrità presente nei diversi paesi e dello stato di sviluppo dei relativi sistemi di tutela della salute ed assumono dimensioni sempre più preoccupanti anche nei paesi più evoluti. (da rapporto Agenas 2015 sulla trasparenza, etica e legalità nel settore sanitario)*

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 anche stavolta dalla Scuola Normale di Pisa su commissione della Regione, che 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 (analisi statistica, events e content analysis, interviste) e di fonti di natura diversa:

- a) informazioni statistiche rese disponibili dall’Istat (statistiche sulla giustizia penale), e da altri centri di ricerca sui fenomeni corruttivi, dall’Agenzia nazionale per l’amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata (dati ANBSC aggiornati al maggio 2018) sui beni immobili e aziendali sotto sequestro o confiscati pubblicati;
- b) informazioni a mezzo stampa raccolte attraverso una ricerca sistematica degli articoli pubblicati dai maggiori quotidiani regionali e nazionali e dall’ANSA negli anni 2016 e 2017 su eventi di criminalità organizzata e corruzione (cfr. Appendice per un’illustrazione della metodologia usata per la raccolta e analisi);
- c) materiale giudiziario di cui è stata già avviata la raccolta e la rielaborazione (anche tramite l’accesso alla banca dati sentenze penali della Corte d’Appello di Firenze);
- d) fonti secondarie rese pubbliche da autorità preposte alla prevenzione e al contrasto dei fenomeni di criminalità organizzata (relazioni semestrali DIA e relazioni annuali DNA) e di corruzione in Italia (ANAC), nonché gli studi già promossi in passato dall’amministrazione regionale o da altre associazioni, o condotti da studiosi del tema;
- e) risultanze delle interviste condotte 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 mercati illeciti o meno, 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. Nello spaccio della droga gli stranieri arrestati doppia nel 2016 quello degli italiani.

I gruppi mirano ad un controllo più dei mercati che del territorio e frequenti sarebbero appunto gli scambi e i legami tra compagini criminali di origine differente, che fanno pensare a possibili integrazioni anche di natura organizzativa.

L'arresto di latitanti sul territorio toscano dimostra l'importanza che la Toscana ha per le organizzazioni mafiose storiche, disposte appunto anche a superare le conflittualità che esistono nei territori di origine quando operano nella regione. Prato ne è un esempio. Ci sono inoltre segnali che dimostrano una certa predisposizione di alcuni settori dell'economia toscana rispetto alla protezione di matrice mafiosa. E questo suona come un campanello di allarme.

I numeri messi in evidenza anche nei mesi scorsi anche da altri - dalla Fondazione Caponnetto ad esempio, con 132 gruppi criminali censiti nella regione per un giro di affari stimato di 15 miliardi – disegnano alla fine una trama criminale che, operando con basso profilo e pochi fatti di sangue, mostra di aver messo radici nel tessuto economico della regione, contaminando con la propria cultura anche soggetti estranei alla malavita. Per quanto riguarda la proiezione criminale nell'economia legale della Toscana, i dati parrebbero evidenziare una preferenza per il riciclaggio ed occultamento di capitali, l'utilizzo di imprenditori e professionisti del posto ed un'infiltrazione ed azione più nel settore privato che nel mercato degli appalti pubblici.

Secondo le principali fonti ufficiali e istituzionali raccolte per questo secondo rapporto, non sono emerse nel 2017 significative evidenze giudiziarie di insediamenti organizzativi autonomi delle quattro mafie storiche o di altro tipo, qualificate secondo l'ex art. 416 bis c.p.1, con l'eccezione di alcuni procedimenti di recente avviati nel Distretto toscano.

Troverebbe così conferma l'ipotesi secondo la quale in Toscana siano più accentuati fenomeni di penetrazione economica dei clan nell'economia regionale, piuttosto che fenomeni di colonizzazione organizzativa.

**Organizzazioni mafiose in toscana e criminalità organizzata** : secondo le statistiche giudiziarie, il numero di condannati con sentenza irrevocabile per il reato di associazione di stampo mafioso in Toscana dal 2000 al 2016 è pari a 14 (l'ultima condanna irrevocabile risale al 2007). Fatta eccezione per il Piemonte, la Lombardia e la Liguria, il dato è omogeneo rispetto alle altre regioni a non tradizionale presenza mafiosa. Dal 2014 al giugno 2017, invece, il numero di persone denunciate o arrestate per questo reato in Toscana è stato di 32. Altre regioni (Marche, Umbria), a parità di numero di condanne con sentenze irrevocabili, hanno avuto un numero maggiore di denunce e arresti per art. 416 bis c.p..

Sono invece significative le evidenze giudiziarie rispetto a soggetti che individualmente attraverso le proprie condotte illecite hanno avuto quale finalità il favoreggiamento di organizzazioni criminali di stampo mafioso, e/o abbiano utilizzato un modus operandi mafioso nel realizzarle (il riferimento va all'utilizzo della fattispecie dell'aggravante mafiosa ex art. 7 D.Lgs. 152/1991). 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). Escludendo le 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.

I principali indicatori-spia della probabile presenza di fenomeni di criminalità organizzata, selezionati per l'arco temporale 2010- 2016 utilizzando le Statistiche sulla delittuosità dell'ISTAT, mostrano un significativo aumento del rischio criminalità in Toscana. Questo è il caso delle denunce per estorsione e riciclaggio (il cui tasso è di gran lunga il più elevato in Italia, quasi quattro volte quello nazionale), e delle denunce per attentati evidenze giudiziarie di una colonizzazione o (anche questo in lieve crescita).

Dall'analisi di dodici indicatori-spia per le province della Toscana, utilizzando le medesime statistiche ISTAT, 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 di Prato**, invece, è 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.

La provincia di Firenze, sempre rispetto alle estorsioni, presenta altrettanti tassi in crescita, secondi soltanto alla provincia livornese.

### ***I gruppi criminali mirano ad un controllo funzionale: più mercato, meno territorio***

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, ma che sono capaci di svolgere attività illecite su larga scala anche senza l'utilizzo di un metodo mafioso classico, ovvero l'imposizione di un sistema di omertà e intimidazione delle vittime. Questa dinamica, valida anche per gruppi chiaramente frutto di migrazione criminale, sembra essere giustificata da un diverso rapporto ricercato da queste associazioni con i territori in cui operano. A differenza di un approccio classico, questi gruppi tendono ad assumere un controllo funzionale, piuttosto che territoriale, nello svolgimento delle proprie attività illecite. In altre parole, tendono a realizzare le proprie attività economiche su più territori, concentrandosi in uno specifico settore criminale (o legale), e aspirando ad assumerne un controllo o una quota di mercato significativa.

In Toscana si riscontrano con maggiore frequenza forme miste di modelli organizzativi criminali in cui cooperano soggetti riconducibili a consorterie criminali differenti, anche per nazionalità. Anche se non è possibile riferirsi all'esistenza di un unico sistema criminale in Toscana, dalle evidenze raccolte emergono forti legami e frequenti scambi tra compagini criminali di origine differente (camorra e Cosa nostra, camorra e 'ndrangheta), che fanno pensare a possibili integrazioni anche di natura organizzativa, soprattutto nel mercato degli stupefacenti.

Anche gli arresti avvenuti nel 2017 di soggetti appartenenti a Cosa nostra (cfr. CRIM\_7/8), sembrano svelare scambi e complicità tra consorterie criminali di matrice criminale differente.

L'arresto di latitanti sul territorio toscano e la presenza di legami con importanti gruppi operanti nelle regioni meridionali, dimostrano l'importanza territoriale che la regione ha per le organizzazioni mafiose storiche, disposte anche a superare conflittualità esistenti nei territori di origine quando operano nella regione (cfr. approfondimento su Prato).

I principali mercati illeciti per le organizzazioni autoctone restano quelli degli stupefacenti, dell'usura, del traffico di rifiuti, mentre per le organizzazioni straniere quelli legati a prostituzione e stupefacenti, con importanti specificità rispetto alle organizzazioni di matrice cinese (cfr. sezione 1.4 del rapporto). Secondo i dati del Dipartimento per le politiche antidroga (2013-2016), il mercato degli stupefacenti nella regione resta molto frammentato e competitivo (in aumento le persone arrestate per traffico illecito e associazione finalizzata al traffico di stupefacenti), con un contributo significativo dato dalle organizzazioni straniere (marocchine, tunisine e albanesi). Secondo i dati illustrati nel rapporto, il numero di stranieri arrestati per traffico illecito e associazione finalizzata al traffico di stupefacenti in Toscana ha quasi doppiato quello degli italiani nell'ultimo anno (2016).

### **Proiezione criminale nell'economia legale della Toscana**

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 – mancano evidenze significative di c.d. imprese mafiose o a partecipazione mafiosa in questo comparto nel territorio regionale. Questo, come altri motivi, spiegano il maggior grado di occultamento degli investimenti criminali nella regione.

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). Questa distribuzione per tipologia economica diverge sia da quella nazionale, dove il settore trainante resta quello delle costruzioni (26% del totale), seguito dal commercio (20,5%) e dal settore attività immobiliari (13% circa), sia dal dato delle regioni a più recente diffusione criminale (15% circa nel settore edilizio).

Rispetto alla distribuzione territoriale dei beni, in Toscana soltanto il 21% dei beni è ospitato nei comuni capoluogo di provincia, contro invece un dato nazionale al 29% e al 31% nelle regioni del centro e nord Italia.

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%).

In Toscana il numero totale dei beni confiscati (fonte ANBSC), senza includere un provvedimento recentemente revocato, è di 364 beni totali presenti e distribuiti in 60 comuni della Toscana (su un totale di 287 comuni).

Non considerando nel computo i beni del provvedimento sopra citato, il numero di beni è aumentato del +35% rispetto al maggio 2017. Rispetto alle altre regioni, in valore assoluto, la Toscana si posiziona al 10° posto per numero di immobili e all'8° posto per numero di aziende.

Per la prima volta lo studio ha identificato la matrice criminale dei provvedimenti di confisca in regione. La prima matrice criminale per numero di beni confiscati sul territorio toscano è quella legata a fenomeni di criminalità organizzata campana (40% del totale, sia per i beni immobili che per le aziende), con un ampio margine rispetto alle altre mafie ('ndrangheta con l'8% dei beni, Cosa nostra e affini con il 7%, SCU con il 2%). Il primato delle organizzazioni di stampo camorristico è anche il risultato della presenza sul territorio di gruppi autoctoni per i quali i tribunali toscani hanno in alcuni casi riconosciuto la legittimità dell'adozione di misure di prevenzione patrimoniale antimafia.

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). Rispetto alle condanne per reati di natura finanziaria ed economica nell'ultimo quindicennio si conferma le difficoltà della magistratura nell'operare con incisività contro questi fenomeni.

Guardando più nel dettaglio ad alcune fattispecie, in calo risultano le linee di tendenza dell'ultimo quindicennio rispetto ai condannati in Toscana per bancarotta fraudolenta e reati societari. Un incremento significativo è riscontrabile invece nell'ambito dei reati tributari.

Settore urbanistico e del governo del territorio sono i più vulnerabili. Il settore della sanità in Toscana si conferma tra i più vulnerabili alla corruzione, ma raramente si versano tangenti.

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", identificabili ai fini della ricerca per la presenza nel testo di almeno una di quattro parole chiave (corruzione, concussione, finanziamento illecito, turbativa d'asta). 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, estrapolati da oltre 1300 lanci a mezzo stampa, indicano una diminuzione di casi di potenziale corruzione nel biennio 2016-2017, tanto in Italia quanto in Toscana. In Toscana in particolare, i casi emersi diminuiscono da 23 a 17 su base annuale. Le linee di tendenza, per quanto da valutare con cautela data l'esiguità dei casi, evidenziano elementi di sicuro interesse in merito agli scambi occulti analizzati. Il tipo di reazioni istituzionali 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). Nell'anno 2017 non sono emerse istanze di coinvolgimento da parte di attori appartenenti ad organizzazioni di stampo mafioso.

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 (cfr. focus tematico sull'Agenzia delle entrate).

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.

## Il Contesto interno : la complessità organizzativa, l'organizzazione interna e territoriale

L'Azienda UsI 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**



## L'organizzazione territoriale

Nei paragrafi che seguono sono riportati alcuni dati riguardanti l'organizzazione territoriale ed interna dell'azienda ovvero il numero della popolazione di riferimento, l'estensione del suo territorio e la suddivisione in Società della salute, Zone della salute, il numero dei dipendenti, le principali voci di spesa, le strutture organizzative interne etc. che, al di là di ogni considerazione, possono di per se descrivere, la complessità del contesto nel quale AUSL T.C. si trova ad operare.

### Il territorio e la popolazione

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 circo-stanti. Coincide al territorio dell'Area Vasta Centro, comprendente gli ambiti delle ex-Aziende sanitarie di Firenze, Prato, Pistoia ed Empoli.

<b>Sintesi della popolazione distribuita per ambito territoriale</b>			
	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 empolese	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 maggior parte della popolazione risiede in zone urbane e quella pratese arriva a superare il 90%. La tabella offre una panoramica delle caratteristiche territoriali e demografiche dell'Azienda, suddivise per ex Aziende sanitarie con l'attribuzione dei servizi di assistenza.

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.

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 comprende gli ambiti territoriali di FI- Empoli- PO-PT suddivisi in Zone Distretto.

La Zona Distretto, 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, organizzativa le risposte sanitarie e socio-sanitarie per la comunità.

Sono 8 le zone distretto dell'Azienda Toscana Centro; la tabella evidenzia la loro ripartizione territoriale. A ciascuna Zona Distretto è prepo-sto un Direttore di Zona nominato dal Direttore Generale.

Ambito Territoriale	Zone Distretto
Firenze	- Zona Firenze - Zona Firenze Sud Est - Zona Firenze Nord Ovest - Zona Mugello
Pistoia	- Zona Pistoia - 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 Ter-me, 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 ex art.26 L.833/78 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 Kmq circa
Assistiti	1.625.544
Ospedali	13
Sedi sanitarie territoriali	198
Zone distretto	8
Società della Salute	7
Dipendenti	14374

## L'organizzazione interna

### La direzione aziendale e i dipartimenti

L'assetto organizzativo della nuova Azienda, ha preso avvio con la costituzione dei nuovi **Dipartimenti amministrativi, sanitari e sociali** e con l'attribuzione delle relative direzioni con deliberazioni del Direttore Generale n. 826 e 827 del 31-05-2016. 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.

#### Direzione generale

Direzione generale
Staff della direzione generale

#### Direttore sanitario e Dipartimenti sanitari

Direttore Sanitario
Staff Direzione Sanitaria
Dipartimento di Medicina Generale
Dipartimento Rete Ospedaliera
Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione
Dipartimento delle Specialistiche mediche
Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche
Dipartimento Emergenza e area critica
Dipartimento Oncologico

Dipartimento Materno Infantile
Dipartimento del Farmaco
Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari
Dipartimento Interaziendale per l'ortopedia protesica
Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica
Dipartimento Diagnostica per Immagini
Dipartimento Medicina di Laboratorio

#### Direzione amministrativa e Dipartimenti amministrativi

Direttore Amministrativo
Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
Dipartimento Area Tecnica
Dipartimento del Decentramento
Dipartimento Risorse Umane

#### Area della Prevenzione

Staff Dipartimento della Prevenzione
Area Igiene pubblica e della nutrizione
Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro
Dipartimento della Prevenzione

#### Area sanitaria territoriale e sociale

Dipartimento Servizio Sociale
Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
Dipartimento Interaziendale SIOR

### Le Aree e le Strutture Organizzative all'interno dei Dipartimenti

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 - definite ai sensi delle delibere del D.G. n. 826 del 31-05-2016 e 861 del 14-6-2016 - sono costituite, da più Strutture Organizzative omogenee, con particolare riferimento all'affinità di patologie, casistiche, attività etc.

Con le Aree dipartimentali veniva completato così un primo, significativo passo per la definizione degli assetti organizzativi "macro".

All'interno dei Dipartimenti e delle Aree è stata prevista la collocazione delle **"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 per i dipartimenti relativi a questo settore.

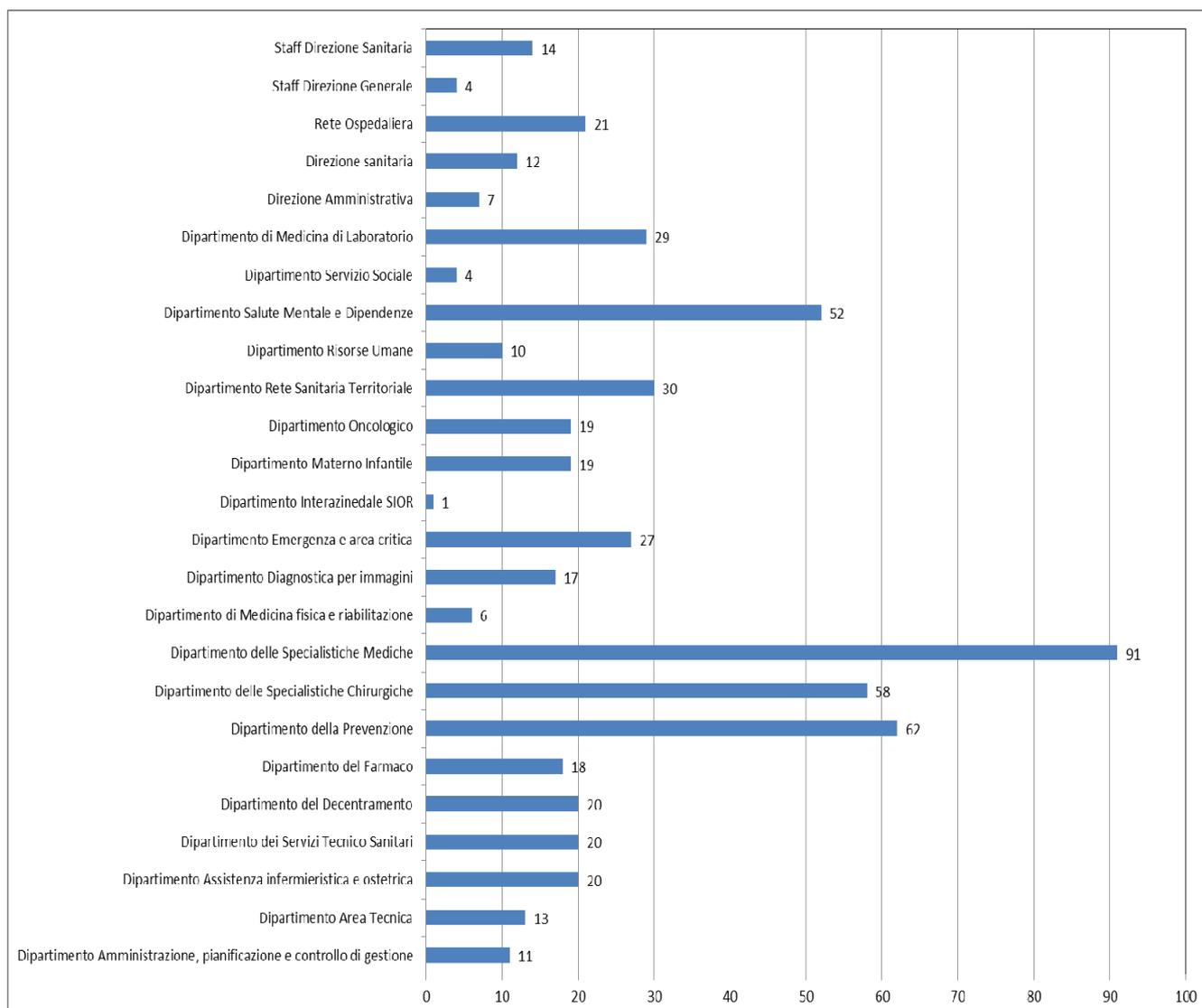
Le responsabilità delle strutture organizzative sono state attribuite con delibera del DG ad ottobre del 2017 che ha concluso così l'organizzazione interna aziendale. Rimangono, al momento, da assegnare la responsabilità di **"posizione organizzativa"** (quadri e funzionari) per le strutture organizzative facenti capo

alla Direzione Amministrativa, al Dipartimento dell'Area Tecnica, al Dipartimento del Decentramento e al Dipartimento della Prevenzione, mentre sono state assegnate nel corso del 2018 le posizioni organizzative all'interno delle strutture organizzative afferenti al Dipartimento delle Risorse Umane , Pianificazione e controllo di gestione, del Dipartimento infermieristico, dei servizi sociali e dello Staff di direzione.

Le strutture organizzative aziendali si distinguono nelle seguenti tipologie :

- Strutture Complesse che sono Strutture organizzative (SOC), Unità Funzionali (UFC) e Unità Organizzative Professionali (UOC) di particolare complessità caratterizzate da autonomia di budget e responsabilizzazione sui risultati di gestione conseguiti in via diretta nei confronti del Direttore Generale.
- Strutture Semplici s'intendono che sono Strutture Organizzative (SOS) e Unità Funzionali (UFS) con autonomia organizzativa, vale a dire articolazioni interne ad una Struttura Complessa, naturalmente dotate di responsabilità sulla gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie.
- Strutture Semplici dipartimentali o a valenza dipartimentale , ovvero afferenti direttamente a un Dipartimento o a un'Area (e non poste quindi all'interno di strutture complesse) a garanzia di trasversalità e/o specificità della funzione ed obiettivi assegnati.

**Nel grafico che segue è riportato il numero complessivo delle strutture organizzative che è di 581 , ripartito all'interno dei Dipartimenti e degli Staff (per la tipologia e la denominazione delle singole strutture , si rinvia all'organigramma aziendale pubblicato in amministrazione trasparente).**



## 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, sull'entità delle maggiori spese aziendali come riportati nelle tabelle sottostanti che indicano il numero del personale dipendente, in base al ruolo (escluso personale universitario e personale comandato) e il personale convenzionato al 31/12/2017 e le maggiori spese .

Personale dipendente	
lo sanitario	10445
Dirigenza	2715
Comparto	7730
Ruolo professionale	34
Dirigenza	34
Comparto	0
lo tecnico	2526
Dirigenza	5
Comparto	2521
Ruolo amministrativo	1369
Dirigenza	46
Comparto	1323
<b>Totale dipendenti</b>	<b>14374</b>

Personale in convenzione	
Medici medicina generale (MMG)	1149
Pediatri libera scelta (PLS)	207
Continuità assistenziale (ex guardia medica)	427
Emergenza Sanitaria Territoriale	88
Medicina dei servizi	46
Specialisti ambulatoriali	409
<b>Totale convenzionati</b>	<b>2326</b>

## Le spese principali 2018

Le principali voci di spesa conto economico 2017	Costo in valore assoluto ed in percentuale rispetto ai costi totali	
Farmaceutica (Acquisti interni+Distribuzione diretta+Farmaceutica convenzionata)	651.646.561	22%
Personale	925.904.246	32%
Convenzioni	206.158.410	7%
Trasporti	34.910.234	1%
Mobilità passiva	484.180.849	17%
Protesica	12.378.430	0%
Altro	603.710.081	21%
<b>TOTALE COSTI (CE NOVEMBRE 2017)</b>	<b>2.918.888.811</b>	<b>100%</b>

## 2. I SOGGETTI CHE IN AZIENDA INTERAGISCONO NEL SISTEMA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

### Modello organizzativo

L'Autorità anticorruzione, con la recente delibera 840 del 2-10-2018, ha auspicato la necessità di creare un *“un modello a rete, in cui il RPCT possa effettivamente esercitare poteri di programmazione, impulso e coordinamento la cui funzionalità dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano dell'adozione e dell'attuazione delle misure di prevenzione”*.

Il modello che abbiamo costruito in questi anni in Azienda è composto da vari soggetti che dialogano tra di loro e che, nel rispetto delle loro funzioni e competenze, hanno l'obiettivo comune di definire un sistema che ha come finalità la prevenzione di fenomeni corruttivi come mezzo di buon governo e l'attuazione la trasparenza come fonte primaria di buona amministrazione.

Un modello a rete, tuttavia, non si alimenta soltanto con l'individuazione dei soggetti e la loro corretta interlocuzione, ma anche e soprattutto con la qualità dei rapporti che si cerca di costruire e che lega le varie istanze tra di loro.

A questo proposito è opportuno fare un breve cenno alla qualità del rapporto che abbiamo cercato di instaurare con le strutture coinvolte nel sistema, inaugurato nel 2017 e proseguito nel 2018. Ci riferiamo in particolare ad un'interlocuzione più diretta e meno burocratica 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 burocratici, troppo rigidi e formali.

Abbiamo organizzato moltissimi incontri con gruppi o con singoli per illustrare il sistema nel suo complesso, far comprendere le motivazioni delle nostre richieste e la necessità di un impegno più approfondito, in particolar modo, in fase di analisi dei processi e nella pubblicazione dei dati obbligatori in Amministrazione Trasparente che dovevano essere maggiormente improntati a chiarezza e qualità.

Durante gli incontri 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 e una responsabilizzazione maggiore nella pubblicazione dei dati, fattori entrambi indispensabili per una migliore organizzazione interna e per uno sviluppo improntato, sempre di più, al buon governo e al miglioramento continuo delle performance.

E' stato molto importante per la riuscita del lavoro e dell'impegno comune fornire supporto, far crescere la motivazione superando, crediamo, in via definitiva, il modello troppo formalistico e rigido del primo anno.

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 sia nell'analisi dei processi che nella pubblicazione obbligatoria dei dati, una maggiore comprensione dei motivi e delle ragioni del loro intervento al fine di condividere una crescita culturale tanto auspicata quanto necessaria.

In questa sezione del Piano, ricordiamo in breve, i soggetti che, a livello nazionale, svolgono una funzione di indirizzo e coordinamento nel sistema, primo tra tutti l'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) e poi ancora il Comitato Interministeriale, (art. 1, comma 4, Legge n. 190/2012), la Conferenza Unificata, Agenas etc., mentre un'attenzione particolare è riservata ai soggetti che nel sistema Aziendale, svolgono una funzione rilevante e ne costituiscono la rete organizzativa.

### Il Direttore Generale e gli obiettivi strategici

Il rapporto tra direzione e RPCT sono improntati alla collaborazione reciproca e rappresentano un fattore essenziale per il funzionamento del modello organizzativo a rete di cui abbiamo fatto cenno. 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 2018 del RPCT, dell'obbligo di mappare i processi a maggior rischio corruzione nel settore sanitario, collegando così la performance del RPCT agli adempimenti propri della sua funzione.

In questo contesto vi è 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 come indicato nella parte finale di questa sezione del Piano.

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 è tenuto a riferire sull'attività svolta ogni volta ed in ogni caso l'organo di indirizzo lo richieda.

Il Direttore Generale ha confermato anche per il 2018 il Responsabile Anticorruzione e Trasparenza con nominato con decorrenza 1° luglio 2016 ai sensi della delibera n. 897 del 22-6-2016 ed ha approvato il Piano 2019 -2021 entro il 31 gennaio 2019.

## Il Responsabile Anticorruzione Trasparenza e il Gruppo di lavoro permanente

La delibera 480 del 2018 di Anac ha messo in chiaro i compiti e poteri del RPCT che vengono elencati di seguito. Il RPCT :

- **predisporre** – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione. (art 1, co. 8, l. 190/2012)
- **segnala** all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art 1, co. 7, l. 190/2012).
- **prevede** «*obblighi di informazione ed è chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano*», con particolare riguardo alle attività ivi individuate (art. 1 co. 9, lett. c) 190/2012)
- **verifica** l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e proponga modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione. (art 1, co. 10, l. 190/2012)
- **redige** la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC. (art. 1, co. 14, l. 190/2012)
- **svolge** anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale oggetto "un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione" (art. 43, d.lgs. 33/2013)
- **svolge** il riesame dell'accesso civico: "Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della

*prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni". L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013. Nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina ai sensi dell'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013. (art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013)*

- **cura** la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio. (art. 15, co. 3 del d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62)

Il RPCT di AUSL T.C. svolge la funzione in maniera NON esclusiva in quanto, dal 1° ottobre 2017, riveste anche la funzione di Direttore della struttura Affari generali della AUSL Toscana Centro.

In questo senso la direzione aziendale ha seguito le indicazioni riportate nel PNA di Anac in merito ai profili di opportunità riguardo alla nomina del RPCT. 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 e quindi, in questo senso, anche il Direttore Amministrativo ha un rilievo nel sistema.

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, nell'attività di monitoraggio, nell'attività di supporto alle strutture, nell'attività di formazione ed in tutti i casi in cui, a parere del Responsabile, il suo intervento si rende necessario per il buon funzionamento del sistema aziendale.

### **I Direttori di Dipartimento, i Direttori di Staff, i Direttori di struttura e i Referenti aziendali**

I Direttori di Dipartimento e degli Staff di direzione generale e della direzione sanitaria, insieme ai direttori delle strutture organizzative ed ai funzionari ai quali è stata assegnata una responsabilità direttiva con l'attribuzione di "posizioni organizzative", 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, tecnico amministrativo 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 fermo non soltanto dal quale partire, ma anche soprattutto da sviluppare, ampliare ed incrementare attraverso incontri, riunioni, scambio di vedute e relazioni.

Tutti i direttori intervengono o partecipano direttamente al processo di analisi dei processi afferenti alle loro strutture.

Il Direttore di Dipartimento valida, **su proposta del Direttore della struttura di riferimento**, sia i processi aziendali di competenza sottoposti ad analisi (con le relative misure di prevenzione), sia l'insieme di dati che la struttura è tenuta a pubblicare in Amministrazione Trasparente.

Nel nostro sistema i Direttori di dipartimento, i direttori di Staff e i direttori di struttura vengono identificati rispettivamente con gli acronimi di "DIR" e "RESP". In particolare;

**I DIR sono** : i Direttori di Dipartimento, il Direttore di Staff del Direttore Generale, il Direttore di Staff del Direttore Sanitario aziendale e il Direttore amministrativo per le strutture afferenti alla direzione amministrativa;

**I RESP sono** : i Direttori Struttura semplice , complessa o dipartimentale inseriti nell'organizzazione dei Dipartimenti , degli Staff del DG e del DS e della Direzione amministrativa .

All'interno del sistema sono stati nominati **i Referenti dell'anticorruzione e della trasparenza** - **identificati nel Piano con l'acronimo di REF** . *(nomina disposta con delibera del DG n. 525 del 13.04.2017)*

**I referenti sono stati individuati all'interno** dei Dipartimenti aziendali più coinvolti nell'analisi dei processi 2018 e negli obblighi di pubblicazione ovvero all'interno del dipartimento delle Risorse Umane, Decentramento, Area Tecnica, Amministrazione Pianificazione e Controllo di Gestione, Staff Direzione Generale, Prevenzione e del Dipartimento del Farmaco .

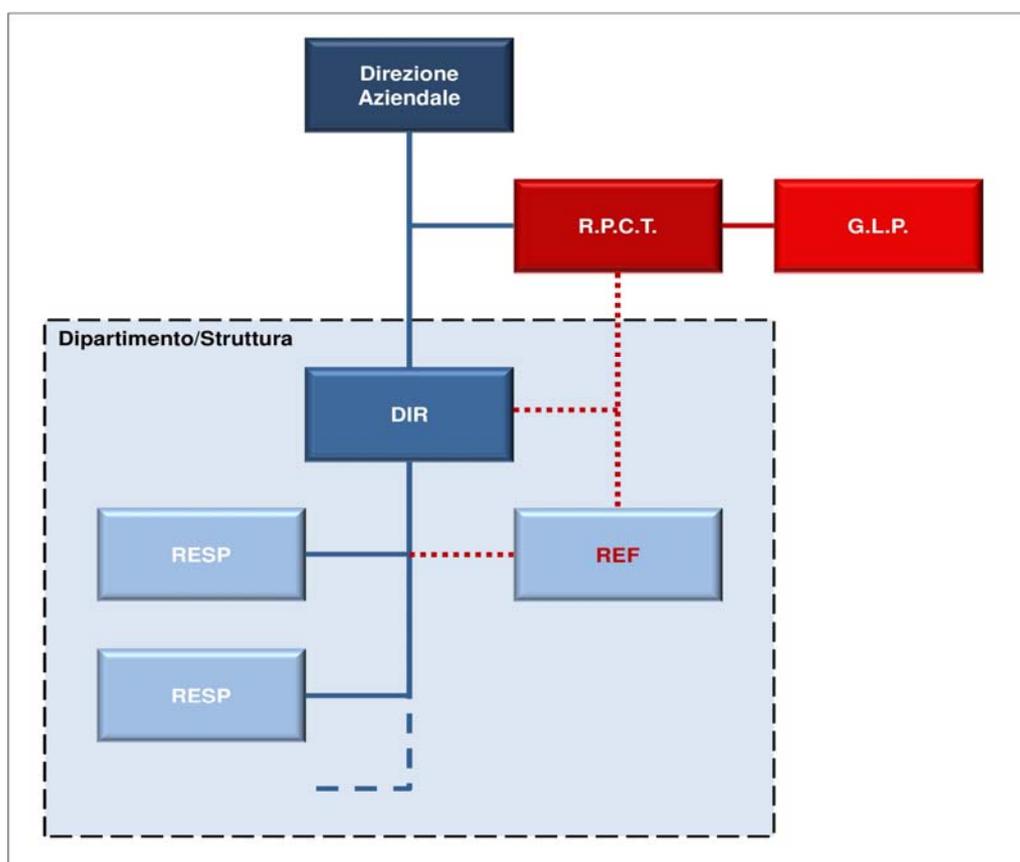
La nomina dei Referenti è stata fondamentale per lo sviluppo dell'intero sistema anche perché sono stati individuati soggetti , non soltanto particolarmente qualificati professionalmente, ma anche e soprattutto estremamente sensibili ai temi della legalità , dell'etica e della trasparenza .

I referenti hanno consentito al RPCT di acquisire tutta una serie di informazioni estremamente utili ai fini di una maggiore conoscenza dei processi, dei dati , dell'organizzazione interna etc. tale da consentire una proficua collaborazione al fine di attivare una programmazione di impegni comuni e condivisi .

Non dimentichiamo comunque che nel sistema in rete **tutti i dipendenti** sono gli attori fondamentali ed insostituibili della strategia di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza in quanto insieme a tutta l'organizzazione concorrono a formare la rete delle informazioni e della conoscenza e sono chiamati a partecipare ed a collaborare per l'attuazione delle misure di prevenzione ed a perseguire gli obiettivi di trasparenza mettendo a disposizione i dati in loro possesso e conformando il proprio comportamento alla massima collaborazione e al rispetto degli obblighi stabiliti dal Codice di comportamento aziendale.

Per le norme stabilite dal Codice di Comportamento si rinvia a quanto descritto alla sezione 5.2 della parte 5. del Piano .

**La figura che segue evidenzia la posizione dell'RPCT e del GLP all'interno dell'organizzazione aziendale con riferimento ai soggetti coinvolti nel sistema a rete aziendale :**



## L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

L'O.I.V. riveste una funzione rilevante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza in quanto tale organismo svolge, tra l'altro, un'attività di verifica sulla coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPC e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionale insieme all'obbligo di verifica per l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione dei dati obbligatori in Amministrazione Trasparente . (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009).

Nel 2018 l'OIV aziendale ha svolto tale verifica in data 18 aprile, rilasciando parere positivo, attestando che :

- l'Azienda ha individuato misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati in 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.

## Il Coordinamento degli RPCT della Regione Toscana

Un fattore importante nel sistema a rete è rappresentato dal Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (C.R.R.A.) delle aziende sanitarie/ ospedaliere ed Estar della Regione Toscana che ha trovato la sua formalizzazione 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 visto la partecipazione costante del RPCT e del GLP, con risultati utili ed efficaci sia in ambito di sistema anticorruzione sia per gli adempimenti legati agli obblighi di pubblicazione.

Il RPCT e i componenti del GLP hanno partecipato anche ai Gruppi di lavoro istituiti dal Coordinamento per approfondire ed analizzare le seguenti materie ed ambiti di intervento :

- 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

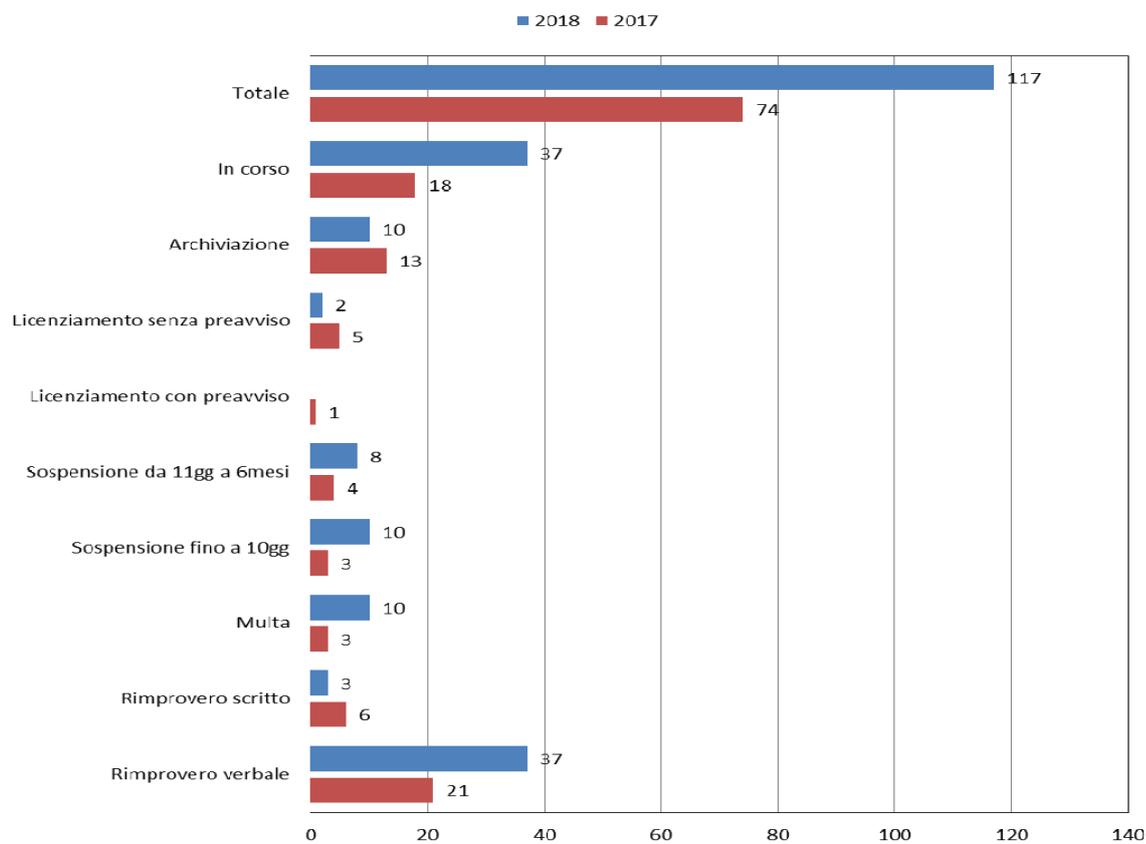
## I lavori dell' Ufficio Procedimenti Disciplinari e i rapporti con il RPCT: attività 2018 a 2017

Per quanto riguarda il lavoro svolta dall'UPD nel 2018, rispetto al 2017, si assiste ad un generale incremento delle sanzioni disciplinari erogate, come si evince dalla lettura dei grafici riportato a pagina seguente .

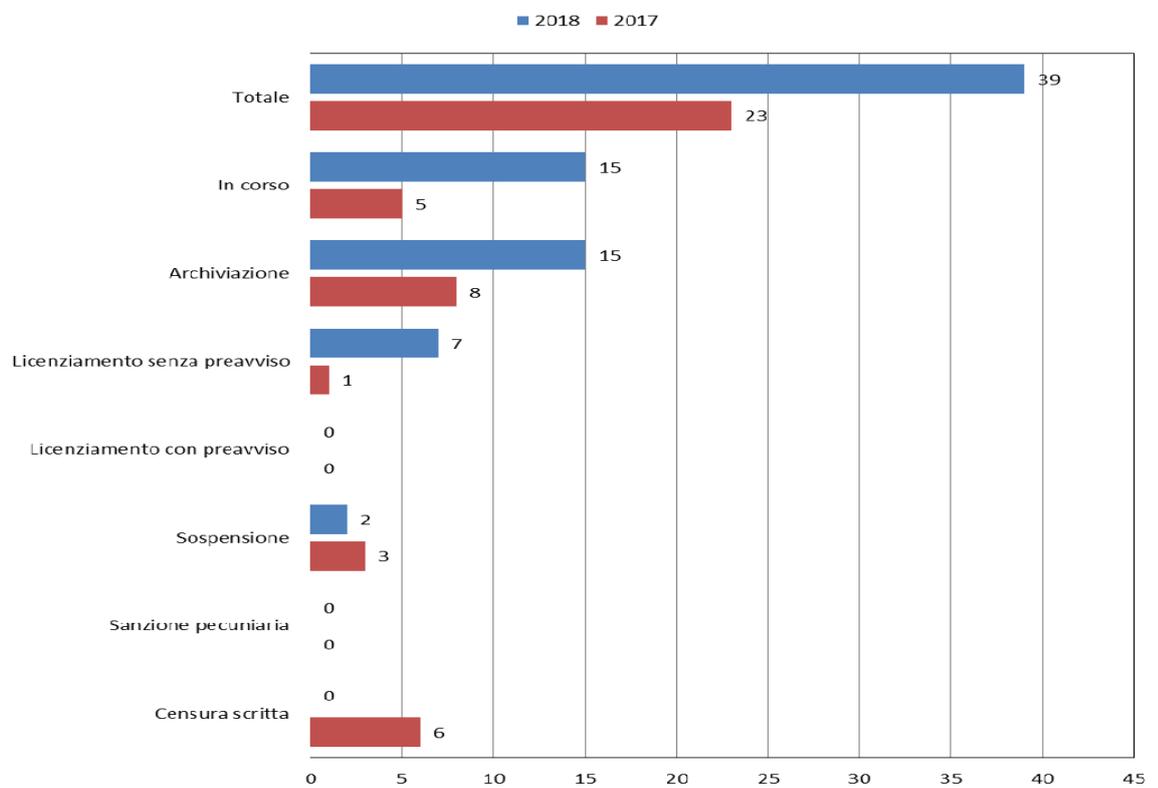
Nel corso del 2018 si sono intensificati i rapporti tra il RPCT e l'UPD nel senso che le segnalazioni di whistleblowing, dopo gli opportuni approfondimenti da parte del RPCT riguardo alla sussistenza di una probabile veridicità delle segnalazioni stesse, sono state trasmesse all'UPD per gli opportuni provvedimenti sanzionatori. La collaborazione è, comunque, buona e costante anche in tutti gli altri settori di interesse ed intervento comuni .

***Se confrontiamo i procedimenti disciplinari del 2018 con il 2017, notiamo un incremento di procedimenti attivati e di sanzioni disciplinari erogate sia nei confronti del personale dirigente che di comparto .***

### Procedimenti disciplinari personale non dirigente



### Procedimenti disciplinari personale dirigente



### 3. IL PIANO 2019- 2021: LA STRUTTURA INTERNA E LE FINALITA' GENERALI

#### La prevenzione della corruzione come mezzo di buon governo e l'attuazione della trasparenza come fonte di buona amministrazione

Il Sistema aziendale – finalizzato alla prevenzione della corruzione e all'attuazione della trasparenza - è stato pensato ed elaborato per definire in modo chiaro e lineare, il percorso, le procedure, soggetti coinvolti, i ruoli e le responsabilità. Il sistema rende visibile anche la capacità organizzativa dell'Amministrazione tesa sempre a garantire un miglioramento continuo, attraverso la ripetizione ciclica delle fasi di pianificazione, attuazione, controllo/monitoraggio e riesame, tenendo conto i requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi per apportare le necessarie correzioni e aggiustamenti.

**Il sistema aziendale e la rete organizzative che lo sostanzia si articola principalmente attraverso due settori di intervento :**

- a) **la prevenzione della corruzione come mezzo di buon governo** : in particolare con l'analisi e la mappatura dei processi e quindi l'individuazione delle misure specifiche di mitigazione del rischio (parte 4 del Piano) e con l'attuazione delle misure generali di prevenzione del rischio (parte 5 del Piano);
- b) **la trasparenza come fonte primaria di buona amministrazione** : in particolare curando la qualità e l'intelligibilità dei dati obbligatori pubblicati sul sito istituzionale e garantendo l'effettiva applicazione dell'accesso civico generalizzato (parte 7 del Piano) .

La conoscenza di entrambi questi settori di intervento sono diffusi in Azienda, in particolare, attraverso **interventi formativi** (vedi "formazione" parte 5 del Piano, paragrafo 5.1) che si dimostrano sempre di più come strumenti indispensabili ed insostituibili per una crescita collettiva e culturale che è un fattore indispensabile per sostenere in modo efficace l'intero sistema .

*Al riguardo facciamo proprie le parole del presidente di Anac , dr. Raffaele Cantone il quale in una relazione del 2016 , scrive : "... credo tuttavia che l'aspetto più importante sia l'orientamento di carattere culturale, che si esplica non attraverso imposizioni, ma tramite le indicazioni fornite da Anac che esercita la vigilanza e il controllo sull'effettiva applicazione e sull'efficacia delle misure adottate dalle pubbliche amministrazioni e soprattutto sul rispetto delle regole sulla trasparenza. ...."*

*La corruzione si combatte, continua Cantone, non soltanto con la repressione del fenomeno , che rimane centrale, ma anche con un sistema di prevenzione : una novità nel sistema italiano, rimasto per molto tempo ancorato a una concezione meramente repressiva del fenomeno... Tali strumenti sono infatti necessari per impedire, o quantomeno limitare, la diffusione dei fenomeni corruttivi e creare un clima di fiducia nei confronti delle istituzioni*

Il Piano aziendale tende proprio al raggiungimento di tali obiettivi : individuare ed attuare misure specifiche e generali di prevenzione del rischio corruttivo al fine di prevenire e contrastare la probabilità che accadano eventi di mala amministrazione riducendo e mitigandone il rischio. Tali obiettivi vengono sostenuti ed accompagnati da una robusta attività di formazione e di aggiornamento che si sviluppa nel corso dell'intero anno con lo scopo di contribuire a far crescere una cultura diffusa di legalità di etica e di trasparenza .

*Quest'ultima ovvero la trasparenza – scrive ancora Cantone - deve essere rivolta anche e soprattutto verso l'esterno in quanto rappresenta l'antidoto eccezionale al "buio" di cui la corruzione ha bisogno per potersi affermare. La trasparenza, una volta che sarà attuata e soprattutto "digerita" dalla Pubblica amministrazione, sarà il segnale più importante per recuperare la fiducia dei cittadini. Saranno loro stessi infatti a controllarla e a svolgere quel ruolo di "vedetta civica" indispensabile per evitare che si verifichino atti corruttivi".*

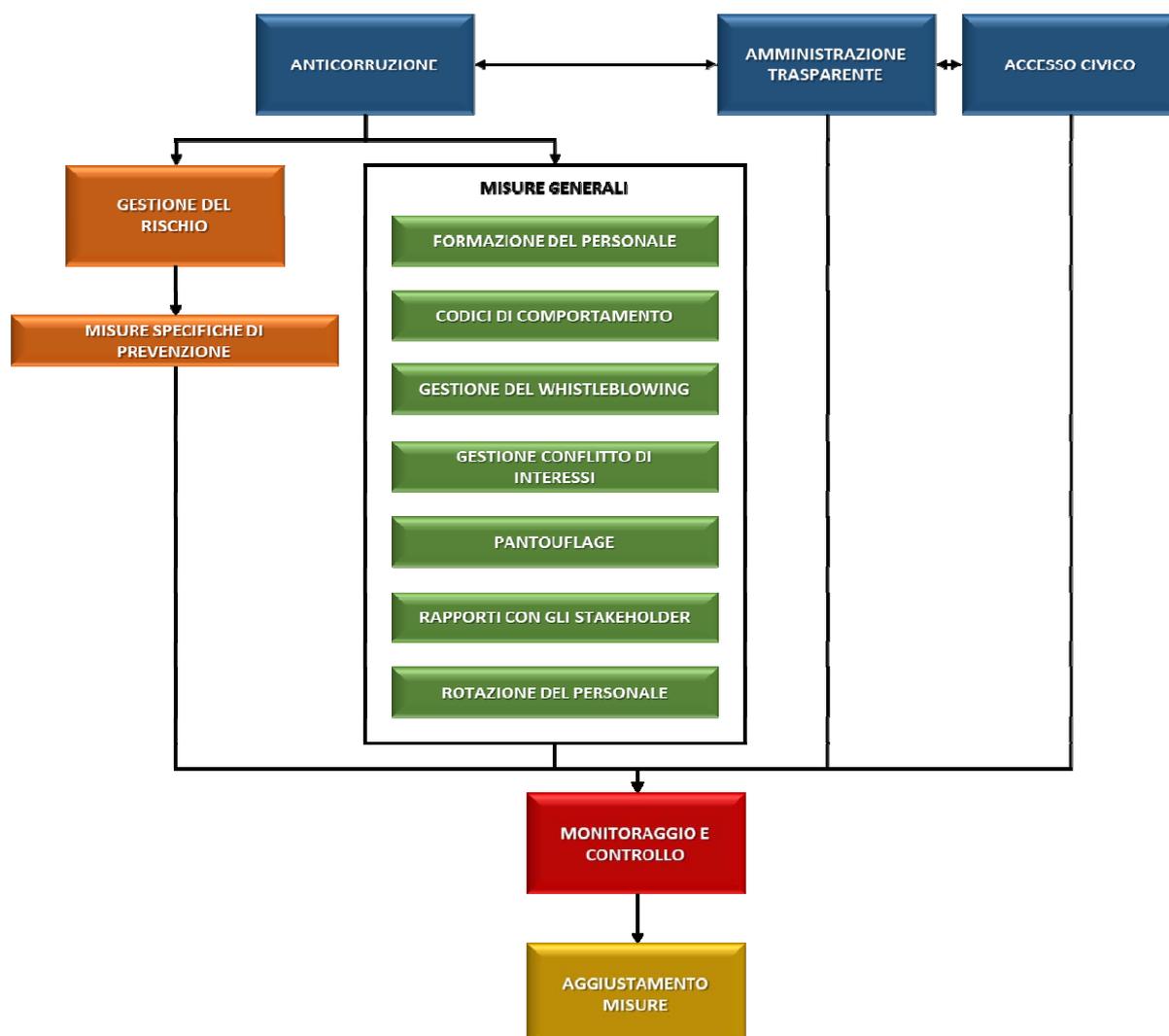
La trasparenza concretamente attuata nelle nostre procedure ed all'interno della nostra organizzazione interna, è e rimane, quindi, una delle principali misure che limitano il rischio di corruzione tanto che si può affermare che misure di prevenzione della corruzione, sono scarsamente proficue se non inserite in un'organizzazione pubblica aperta, intesa come "open government", che si pone l'obiettivo di aprire il proprio patrimonio informativo verso l'esterno, l'opinione pubblica, le associazioni e la collettività in generale. L'ottica è quella di strutturare l'organizzazione in modo tale che sia in grado di "rendere conto" della propria azione, dei percorsi decisionali, delle scelte compiute e quindi consentire così, non soltanto un controllo costante dell'attività da parte dei cittadini, ma promuovere anche la loro partecipazione ed il loro coinvolgimento nell'azione pubblica.

In un contesto così disegnato, l'accountability pubblica diventa anche un fattore fondamentale per promuovere la responsabilità degli amministratori e dei dirigenti pubblici.

Per l'approfondimento in materia di trasparenza ed accesso civico si fa rinvio alla parte 7 del Piano.

Il Piano è, dunque, uno strumento di pianificazione strategica aziendale, coordinato con gli altri strumenti di programmazione interni, nel quale è definito un sistema aziendale finalizzato alla prevenzione della corruzione e all'attuazione della trasparenza in cui sono individuati i soggetti responsabili, gli indicatori ed i tempi di attuazione delle misure di prevenzione per il fine ultimo e più generale di diffondere, sviluppare e condividere la cultura di etica e di legalità che deve supportare ogni azione pubblica.

**La figura sottostante sintetizza l'organizzazione interna del Piano :**



## Un sistema dinamico finalizzato al miglioramento continuo e all'azione di monitoraggio e verifica

Il Piano, il sistema aziendale, la rete organizzativa di cui abbiamo fatto cenno sono pensati come fattori in continua evoluzione in quanto, le attività relative alla prevenzione della corruzione ed alla attuazione della trasparenza rappresentano un processo dinamico i cui risultati sono frutto della maturazione e dell'esperienza che si consolidano col tempo.

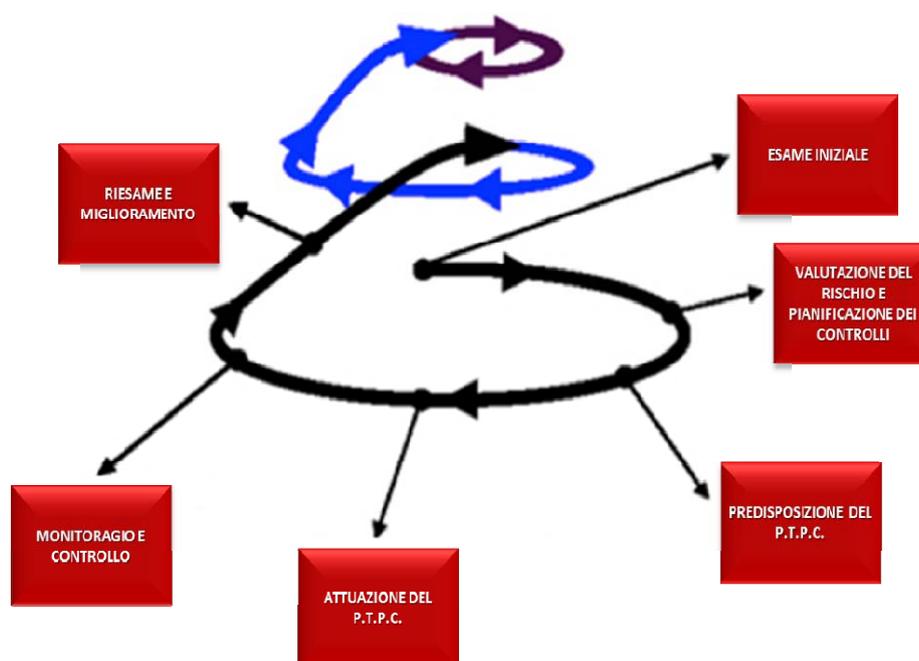
L'intero sistema quindi non si configura come modello compiuto, ma bensì come uno strumento "in progress" nella consapevolezza che i processi di miglioramento di una organizzazione sono lunghi e complessi e che è proficuo e corretto affrontarli con un ventaglio ed una serie di strumenti che vengono progressivamente affinati, modificati, perfezionati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione.

Il sistema aziendale è basato anche sulle capacità organizzative dell'Azienda di garantire un miglioramento continuo, attraverso la ripetizione ciclica delle fasi di pianificazione, attuazione, controllo e riesame, tenendo conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi per le necessarie correzioni e aggiustamenti.

Nel corso del 2018, agevolati da un'organizzazione aziendale ormai assestata, abbiamo cercato di intervenire in maniera più puntuale in questi settori:

- a) approfondire in maniera più analitica la mappatura dei processi e la conseguente valutazione e trattamento del rischio al fine di individuare misure organizzative, strumentali, di processo specifiche e più confacenti all'organizzazione aziendale etc. tese a mitigare e ridurre i possibili eventi rischiosi che possono determinare situazioni e casi di corruzione e di mancanza di trasparenza nella gestione dei processi aziendali e nei procedimenti amministrativi;
- b) ridefinire il flusso degli obblighi di pubblicazione individuando, in particolare, i soggetti responsabili della pubblicazione dei dati e coordinando questi interventi a livello centrale per garantire le responsabilità e la qualità dei dati;
- c) garantire ed attivare un sistema monitoraggio e di assessment più metodico ed organizzato, in particolare per la verifica dell'attuazione delle misure specifiche (parte 6 di Piano) e generali (parte 5 del Piano) di prevenzione dei rischi e per del rispetto degli obblighi di pubblicazione.

**La figura sottostante rappresenta il ciclo di miglioramento continuo dell'intero sistema.**



## Il coordinamento tra il Piano anticorruzione e il Piano della performance

Un fattore molto rilevante del sistema è quello di integrare e coordinare tra di loro gli obiettivi del Piano della performance e quelli del Piano triennale della prevenzione anticorruzione. Tale necessità è stata sottolineata sia da ANAC (vedi Piano nazionale anticorruzione del 2016 § 5.3) che dal legislatore, all'interno di numerose normative.

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 pone all'inizio dell'anno di riferimento .

Il piano della performance, è redatto dallo Staff della Direzione Generale e da quello della Direzione Sanitaria mentre successivamente vengono interessati le aree e i settori maggiormente coinvolti nella stesura del documento: Dipartimento Risorse Umane, Dipartimento Amministrazione Pianificazione e controllo di Gestione, Staff Direzione Sanitaria - Area Pianificazione ed Analisi Performance Sanitaria e Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza. La bozza del Piano, validata dalla Direzione Generale, è stata trasmessa all'OIV che deve esprimere valutazioni sull'avvio del Ciclo della Performance..

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 .

In questo senso come abbiamo detto gli obiettivi del RPCT che fanno riferimento all'analisi dei processi a maggiore rischio individuati dalla direzione aziendale, sono inseriti nel suo sistema di valutazione professionale, integrato con il sistema di budget, in quanto è previsto che il livello di raggiungimento di tali obiettivi influenzi la corresponsione della retribuzione di risultato del Responsabile.

Il piano della performance prevede che per il personale dirigente siano declinati obiettivi chiari e misurabili che rendano possibile indirizzare la performance nel corso del breve periodo, come nell'arco di durata dell'incarico affidato, puntando alla valorizzazione dei punti di forza in costante dialogo con la propria organizzazione .

Tali obiettivi strategici si traducono in obiettivi 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.

Uno spazio della performance dirigenziale è occupato dalla valutazione individuale sia in termini di attività che in termini di competenze trasversali. In particolare vengono valutate anche le competenze, utili al fine di valorizzare le attitudini gestionali e professionali finalizzate ai percorsi di carriera, riguardano la sensibilità economica, il rapporto con i cittadini utenti, rapporti interni all'equipe, consapevolezza organizzativa. Ogni operatore è valutato, in prima istanza, dal responsabile diretto, in merito alle competenze trasversali. La valutazione di seconda istanza rappresenta il momento di verifica della coerenza e della correttezza metodologica della valutazione di prima istanza. Per i dirigenti la verifica di seconda istanza è realizzata attraverso gli organismi preposti (Il direttore di Area/Dipartimento e l'Organismo Indipendente di Valutazione) sulla base di metodi e strumenti previsti nei regolamenti di riferimento che verranno negoziati nel corso del primo semestre 2018.

L'Organismo Indipendente di Valutazione procede alla verifica annuale dei:

- risultati di gestione del dirigente di struttura semplice o complessa
- risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato

All'interno di questo quadro di riferimento, il Piano della performance 2019 riconosce , in analogia al sistema aziendale delineato dal Piano anticorruzione , ai soggetti aziendali maggiormente coinvolti nel sistema

anticorruzione e trasparenza (in primo luogo i Direttori di Dipartimento, di Staff, di struttura, i referenti, le posizioni organizzative, i coordinatori etc.) un ruolo fondamentale ed essenziale per l'attuazione delle misure sia specifiche che generiche di prevenzione dei fenomeni corruttivi e pone l'obiettivo di un coinvolgimento maggiore tra la valutazione delle performance ed il raggiungimento di tali obiettivi.

Alla luce del ruolo particolarmente rilevante rivestito da questi soggetti nel sistema, si ritiene auspicabile un collegamento maggiore tra il raggiungimento degli obiettivi anticorruzione e il sistema premiante aziendale.

Ovvero i direttori che hanno la responsabilità delle strutture tecniche amministrative, ma anche sanitarie e sociali, rivestono un ruolo fondamentale anche nella concreta attuazione di un nuovo istituto, ripreso dai paesi anglosassoni nei quali era già in vigore da molti decenni, ed introdotto nel nostro ordinamento nel 2016 e, ovvero l'accesso **civico generalizzato c.d. il Foia** (freedom of information act).

Auspicabile anche in questo settore un coordinamento con il sistema della performance in quanto ai direttori (ai sensi del nostro regolamento interno (vedi del D.G. n 1284 del 26.10.2017), sono tenuti a mettere a disposizione dell'URP che, gestisce l'intero processo, i dati, le informazioni e i documenti oggetto di richiesta di accesso.

Questa maggiore coordinazione necessaria tra la valutazione della performance ed l'atteggiamento propositivo in capo ai soggetti coinvolti nel procedimento per la concreta attuazione del FOIA, risulta tanto più rilevante se pensiamo all'importanza che il Foia assume nel nostro ordinamento.

Con l'accesso generalizzato nasce, infatti, il diritto ad acquisire dati, informazione, informazioni o documenti prodotti o detenuti dall'azienda da parte di ogni soggetto esterno/interno all'amministrazione, cittadino, associazione etc. senza la necessità di una motivazione, senza necessità di possedere un interesse legittimo alla richiesta.

I limiti riguardano il rispetto di interessi pubblici e privati che la norma, espressamente, stabilisce.

In altre parole l'accesso ovvero la conoscenza, la divulgazione dei dati, delle informazioni e dei documenti sono consentiti verso chiunque ne faccia richiesta con il solo limite che a che fare con la tutela di interessi pubblici e privati.

L'eventuale diniego all'accesso deve essere chiaramente motivato ed è possibile che sia rivisto, all'interno della stessa Azienda attraverso l'istanza di riesame al RPCT, prima di percorrere la strada del ricorso amministrativo.

Il RPCT ha 20 giorni di tempi per confermare o meno la decisione di prima istanza.

Con l'introduzione del Foia viene garantito il diritto alla conoscenza universale ovvero si apre il patrimonio informativo verso l'esterno verso i cittadini, le associazioni e la collettività che viene così messo a disposizione della collettività e dei singoli che, in virtù di questa conoscenza, sono in grado di interagire consapevolmente con l'organizzazione pubblica, partecipare alla vita istituzionale allo scopo di tutelare i diritti, esercitare forme diffuse di controllo promuovendo al tempo stesso la responsabilità degli amministratori, dei dirigenti pubblici.

e dell'operato dei pubblici uffici.

La pubblica amministrazione assumere i contorni di una "casa di vetro".

La trasparenza all'interno delle organizzazioni pubbliche è dunque destinata a divenire sempre di più una misura essenziale ed indispensabile per la prevenzione e per il contrasto di condotte illecite e di fenomeni corruttivi all'interno delle organizzazioni.

Con l'introduzione del Foia in sostanza si ribaltano i principi che guidano l'azione pubblica: la segretezza o la mancata o parziale divulgazione delle informazioni o la scarsa apertura verso l'esterno, lascia spazio al principio di massima trasparenza per cui la divulgazione generale delle informazioni diventa la regola, mentre l'eccezione diventa la segretezza.

## 4. LA MAPPATURA ED IL CATALOGO DEI PROCESSI 2019

### La gestione del rischio e la mappatura dei processi

La “gestione del rischio” è una macro attività ovvero un insieme di attività coordinate tra loro : analisi , valutazioni, verifiche, approfondimenti, procedimenti, controlli etc. poste in essere in collaborazione tra i vari soggetti aziendali che costituiscono la rete organizzativa del sistema di cui abbiamo scritto nella parte 2 del Piano .

Le gestione del rischio ha l’obiettivo di individuare :

- a) **il rischio** eventualmente presente nel processo analizzato e
- b) **la misura specifica** che può mitigazione il rischio individuato in conformità ai principi fondamentali contenuti nella norma ISO 31000.

Ricordiamo che per processo si intende un insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all’Azienda (utente).



Per ciascun processo è stato necessario analizzare in maniera che risultassero molto chiare ed allo stesso tempo esaustive, le fasi e le attività del processo stesso per cui la reale comprensione dell’attività e delle fasi riportate nella scheda di analisi erano i presupposti indispensabili affinché fosse individuato in maniera corretta sia il rischio , che il suo livello di esposizione, sia la misura di mitigazione.

Un assunto fondamentale della mappatura dei processi è stato , pertanto, il seguente: l’approfondimento e la chiarezza dell’analisi è il fattore fondamentale per poter individuare, con un certo grado di cognizione sia il rischio che le relative misure di mitigazione.

Sulla base di tale presupposto, nei processi che abbiamo analizzato nel corso del 2018, la mappatura è stata articolata in queste 3 “macro fasi”:

- a) analisi del contesto interno e mappatura dei processi
- b) valutazione del rischio (identificazione, analisi e ponderazione del rischio),
- c) trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione).

Se il contesto interno del 2017 era stato fortemente influenzato da un’organizzazione aziendale ancora in fase di definizione, il 2018 , da questo punto di vista , ha rappresentato una situazione organizzativa interna più stabile che ha reso più agevole il lavoro di mappatura dei processi per cui l’attività si è potuta svolgere in maniera condivisa con i soggetti che effettivamente risultavano responsabili dei processi e che tali sarebbero rimasti almeno per il periodo, di solito triennale, di conferimento della responsabilità .

Una situazione di maggiore stabilità organizzativa ha consentito di porre maggiore attenzione ed approfondimento alla fase di analisi del processo .

Sulla base dell’esperienza maturata negli anni scorsi, è considerato maggiormente produttivo attivare una metodologia di intervento per cui sia possibile scongiurare il pericolo di mappare 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 ancora , dunque, su un sistema di mappatura ed analisi maggiormente basato sulla qualità dell'analisi piuttosto che sulla quantità di processi analizzati in modo tale che l'analisi del processo fosse più analitica e maggiormente approfondita in modo tale da focalizzare l'attenzione sull'attuazione di misure possibili , realistiche, fattibili e scadenze 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.

Sulla base di questi obiettivi la mappatura dei processi è stata, pertanto, maggiormente improntata ad un'analisi più dettagliata delle azioni/fasi ovvero sulla base di caratteristiche di **analiticità e di completezza**:

- a) **Il principio di analiticità** è stato attuato chiedendo ai responsabili, ai referenti ed ai soggetti comunque intervenuti nella mappatura dei processi di adottare, nella fase di analisi delle proprie attività, un alto grado di approfondimento, scomponendo ciascuna "attività" in "fasi" al fine di porre in evidenza ogni possibile ambito in cui potessero trovare spazio comportamenti a rischio corruttivo. A questo riguardo è stato utile anche la definizione di una nuova scheda di analisi che ha agevolato la descrizione più approfondita e chiara dell'attività e delle fasi dei processi ;
- b) **Il principio della completezza** ovvero posta la necessità di mappare ed analizzare in prospettiva tutti i processi aziendali, il principio di **analiticità** ovvero puntare sulla qualità piuttosto che sulla quantità dei processi analizzati , ha necessariamente determinato la scelta di mappare e valutare in primis i processi che sono stati individuati a maggior rischio corruzione nel settore sanitario sulla base delle indicazioni di Anac (PNA) come peraltro disposto anche dall'organo di indirizzo con la scelta degli obiettivi riportati nella scheda di valutazione del RPCT .

### Il Rischio corruzione : I fattori e criteri analizzati per la sua individuazione

Il rischio è un elemento di criticità assoluta e si attua in comportamenti, azioni , decisioni che possono rappresentare anomalie significative e rappresentative di un potenziale rischio corruttivo la cui possibilità di realizzazione deve essere evitata o comunque mitigata con l'individuazione e l'applicazione di misure specifiche.

I fattori che abbiamo tenuto presente per verificare se in una fase del processo esisteva o poteva esistere la presenza di un rischio sono stati molteplici : prevalentemente organizzativi, ambientali e di contesto, tutti comunque elementi che agevolano il concretizzarsi dei comportamenti a rischio corruzione e che dunque necessitano di un intervento, di azioni di risposta concrete ed appropriate per contenere la probabilità di accadimento di un determinato evento.

Il rischio può essere presente quanto in generale sono scarsi o addirittura sono assenti i valori etici di riferimento e quando, all'interno di un processo, si presentano alcuni campanelli di allarme quali : assenza di controlli, di una procedura predefinita , assenza di responsabilità , eccessiva discrezionalità, un monopolio di potere, di competenze, di conoscenze , di informazioni, procedure,

Oppure anche un eccesso di procedure oppure procedure poco chiare , un conflitto di interessi non emerso e non gestito . Un fattore di rischio molto forte è la mancanza di trasparenza e di procedure e processi trasparenti e la mancanza di motivazione dei provvedimenti , del rendere conto del proprio operato , delle decisioni e dell'agire ("assenza di accountability) .

## La misura di prevenzione: fattori e criteri utilizzati per la sua individuazione

La individuazione della misura specifica che ha l'obiettivo di prevenire il rischio (già individuato), viene definita in collaborazione ed in condivisione con il direttore/referente della struttura organizzativa titolare del processo analizzato attraverso la procedura che viene esposta in sintesi a pag. 32 di questa sezione. e che si realizza in una serie di incontri, approfondimenti, scambio di opinioni etc. .

Le misure che sono state definite nella scheda all'interno dei processi, sono sempre state calibrate sulla base della realizzazione possibile in un arco temporale pre-stabilito, tendendo presente l'organizzazione e la sostenibilità, anche economica delle stesse misure.

In tale contesto di riferimento le misure sono state individuate secondo i seguenti criteri :

- **la misura deve essere efficace** in quanto ai fini della mitigazione/neutralizzazione del rischio, la sua identificazione, deve essere una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso;
- **la misura deve essere economicamente sostenibile** in quanto la sua identificazione deve essere strettamente correlata alla capacità di attuazione delle stesse da parte dell'Azienda;
- **la misura deve essere capace di adattamento all'interno organizzazione** in quanto la sua identificazione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell'Azienda non può essere avulsa e non corrispondente alle esigenze organizzative .

## La nuova scheda utilizzata per la mappatura dei processi nel 2018

Come già accennato sopra, si è voluto valorizzare al massimo l'esperienza maturata negli anni precedenti e questo ha portato ad una revisione importante anche degli strumenti di lavoro utilizzati.

E' stata definita, pertanto, una "nuova" scheda per analizzare i processi che si è rivelata uno strumento utile che ci ha premesso di documentare il dato di maggiore analicità e completezza di cui abbiamo fatto cenno.

la nuova scheda è stata impostata, non soltanto sulla base dell'esperienza della nostra azienda, ma anche mettendo in comune le esperienze maturate nelle aziende e Enti del SSR anche al fine di utilizzare uno strumento uniforme a livello regionale tale da permettere, in un prossimo futuro, un confronto tra gli stessi items di un processo al fine di formare un catalogo unico dei processi per un confronto sempre proficuo rispetto alla misure specifiche di mitigazione del rischio che possono essere introdotte.

In particolare, è stata effettuata una revisione della "scheda di mappatura dei processi" già in uso allo scopo di renderla più coerente con la nuova impostazione del processo di gestione del rischio e rendere più chiari, anche ai non addetti al settore, i risultati delle attività di mappatura e di analisi.

La nuova scheda ha cercato di semplificare il lavoro ai soggetti coinvolti guidandoli meglio lungo il processo di analisi. Essa è formata da due sezioni.

Le nuove matrici di mappatura sono costituite, come per lo scorso anno, da due sezioni:

1. la prima sezione della scheda contenente informazioni di carattere generale del processo (denominazione, responsabile output input etc)
2. la seconda sezione della scheda riguarda la mappatura vera e propria del processo e quindi si articola in spazi in cui è possibile inserire le descrizioni delle vari fasi dell'attività del processo, la presenza eventuale di procedure, vincoli, controlli etc., il soggetto che svolge l'azione, il rischio individuato, la misura di prevenzione di quel rischio specifico, gli indicatori e i tempi di realizzazione.

Nella prima sezione della scheda è stato maggiormente evidenziato il significato di input, output, cliente e fornitore allo scopo di facilitarne la compilazione e la lettura. Inoltre, è stata aggiunta una voce che descrive lo scopo del processo che molto spesso non si evince facilmente dal solo "nome" e, nello stesso tempo, risulta più sintetica della precedente voce "descrizione" che, invece, richiedeva un dettaglio troppo elevato con il rischio di essere ridondanti rispetto ai contenuti della successiva sezione. Sono rimaste sostanzialmente inalterate le altre voci.

La seconda sezione è stata ridefinita in maniera più consistente allo scopo di favorire maggiormente le attività e la lettura da parte di tutti i soggetti eventualmente interessati a vario titolo.

Ciascuna attività del processo è descritta e scomposta in fasi in modo da esplicitarne nel dettaglio il funzionamento e rendere più semplice l'individuazione dei rischi e delle relative misure. Per ciascuna attività è indicato l'esecutore, la presenza di eventuali vincoli (es. leggi, norme tecniche, procedura interne, etc.) e l'esistenza di eventuali controlli interni capaci di mitigare in maniera efficace eventuali rischi corruttivi. Sempre per ciascuna fase, sono poi descritti i rischi, le relative misure di attuazione i risultati attesi all'attuazione della misura, la data ultima per l'implementazione della misura e, infine, il soggetto responsabile. Rispetto alla versione precedente, si è preferito alleggerire il processo di analisi eliminando la scomposizione della decisione critica associata al rischio che aveva creato notevoli difficoltà nella compilazione.

Le singole voci che compongono la scheda di mappatura sono state riviste in chiave critica dando il risultato per cui la stessa risulta, quindi, composta dai seguenti gruppi di informazioni:

- la descrizione di ogni singola attività;
- la scomposizione di ogni attività in un numero variabile di fasi con i relativi soggetti esecutori (dirigente, dirigente ispettivo, funzionario, o responsabilità congiunta dirigente/funzionario), l'indicazione se trattasi di attività vincolata o discrezionale e, infine, l'indicazione se tale azione risulti disciplinata da una fonte normativa o da un regolamento dell'Autorità, ovvero da un regolamento interno dell'ufficio, o, infine, da una prassi dell'ufficio stesso;
- individuazione del rischio e descrizione delle possibili fattispecie di comportamenti a rischio di corruzione, individuati in corrispondenza di ogni singola azione e la corrispondente categoria di evento rischioso;
- l'individuazione delle misure specifiche messe in campo da ogni singola struttura con i relativi

#### La procedura operativa per la mappatura dei processi e il monitoraggio e le responsabilità : sintesi

La procedura della mappatura dei processi e monitoraggio	Responsabilità	Documenti di riferimento
<p><b>1) Avvio:</b> La Direzione aziendale indica gli obiettivi strategici da perseguire ovvero , nello specifico, “i processi a maggior rischio corruzione” da analizzare</p>	DIREZIONE AZIENDALE	Atti di indirizzo e programmazione, Piano anticorruzione e della performance e scheda di budget RPCT
<p><b>2) Individuazione dei processi:</b> Il R.P.C.T sulla base del PNA di Anac e degli obiettivi della direzione, definisce - in collaborazione con i responsabili e i referenti delle strutture ed in via prioritaria - i processi che devono essere mappati nel periodo di riferimento considerato</p>	RPCT - DIR RESP – REF	PNA e scheda budget 2018 del RPCT
<p><b>3) Incontri con i responsabili delle strutture organizzative per l'analisi dei processi</b> Il R.P.C.T. ed i suoi collaboratori concordano <b>specifici incontri</b> con i responsabili e i referenti delle strutture per iniziare la procedura di analisi . Allo stesso tempo viene consegnata la scheda spiegandone il significato e le modalità di compilazione. A questi incontri, possono partecipare tutti i soggetti coinvolti nel sistema (vedi prima parte del Piano) ovvero oltre al RESP anche i Direttore dei Dipartimenti o di Staff e i Referenti aziendali dei dipartimenti ed ogni altra figura la cui partecipazione all'incontro sia</p>	RPCT / GLP - DIR RESP – REF (incontri aperti)	Piano aziendale anticorruzione

<p>ritenuta utile ed opportuna soprattutto in termini di approfondimento e maggiore conoscenza del processo .</p> <p><b>4) Modalità di analisi del processo</b> avviene, in sostanza, attraverso un confronto tra i partecipanti . Gli incontri , che si sviluppano, di norma, con una serie di domande /risposte a modo di interviste, indispensabili per capire ed approfondire il processo e individuare le misure di mitigazione che vengono sempre concordate con i diretti responsabili della loro attuazione . Utile è risultata anche l’esposizione di esempi pratici e concreti e comunque interlocuzioni tese alla corretta individuazione delle singole attività in cui il processo si articola</p>	<p>RPCT / GLP - DIR RESP – REF incontri aperti</p>	<p>Piano aziendale anticorruzione</p>
<p><b>5) Valutazione del livello di esposizione al rischio</b> nella scheda di analisi il processo è scomposto in “Attività” e quindi in “Fasi” . Per ognuna di queste sono richieste diverse informazioni (vedi scheda) e quindi è possibile verificare se in ogni fase è presente o può essere presente un rischio. In caso affermativo viene individuata (in condivisione con i responsabili della struttura) la misura di mitigazione , l’indice e il tempo di realizzazione.</p>	<p>DIR, RESP , REF, RPCT/ GLP</p>	<p>schede di mappatura (vedi ultima parte del Piano)</p>
<p><b>6) Indicatori e tempistica per l’attuazione delle misure specifiche</b> Nella scheda di mappatura viene indicata , quindi, le scadenze entro la quale le misure di prevenzione del rischio deve essere attuata.</p>	<p>DIR e RESP</p>	<p>schede di mappatura (vedi ultima parte del Piano)</p>
<p><b>7) Validazione e trasmissione della documentazione al RPCT</b> Il RESP trasmette la scheda di mappatura del processo di competenza della propria struttura al DIR da cui dipende il quale previa verifica , la valida . Il DIR approva , in particolare, le misure specifiche di prevenzione del rischio indicate nelle schede e i tempi della loro attuazione . Di solito questa fase non comporta problemi in quanto, di norma, il DIR è già stato coinvolto nel processo e quindi non condivide il percorso, ma in caso di mancata validazione, il DIR , rinvia le schede al RESP per una revisione della mappatura che riprende di nuovo secondo il percorso sopra indicato .</p> <p><b>8) Monitoraggio sull’attuazione delle misure di prevenzione individuate nella scheda di analisi</b> <b>Monitoraggio 1° livello</b> : compete al RESP , per i processi di propria competenza, monitorizza lo stato di avanzamento dell’applicazione delle misure specifiche indicate nelle schede e nel caso in cui il monitoraggio dia esito negativo in relazione a tale verifica si adopera per attivare la misura programmata . In caso di sopraggiunta causa che comporti una criticità nell’applicazione della misura fa presente il problema al RPCT che , valutate le motivazioni, concorda una verifica dell’analisi del processo <b>Monitoraggio di 2° livello</b> : compete al RPCT tramite il GLP che con cadenza semestrale richiede ai RESP lo stato di attuazione delle misure . Nel caso in cui risulti che una misura non è stata attuata o non è ancora in fase attuativa ne vengono richiesti i motivi . Se la mancanza o il ritardo è dovuto ad una causa organizzativa o ad altro motivo non dipendente dalla volontà del responsabile, la misura viene rivista e ricalibrata sulla base di nuovi elementi di valutazione. Se viceversa la misura non è stata attuata per altre cause o per semplice inerzia , il RPCT invita il RESP a provvedere nei termini stabiliti e riportati nella scheda di analisi .</p>	<p>DIR</p> <p>RESP</p> <p>RPCT/GLP</p>	<p>documento trasmesso con validazione DIR</p> <p>atti interni alla struttura</p> <p>richieste semestrali circa lo stato di attuazione delle misure ed intervento in caso negativo</p>

## I processi mappati ed il catalogo dei processi 2019

Il processi che si svolgono in Azienda sono innumerevoli di varie caratteristiche e tipologie in quanto molteplici sono i settori di intervento e le competenze di un'azienda sanitaria territoriale.

Si pensi per esempio ai processi che riguardano l'accesso ai servizi sanitari propri di un ospedale oppure quelli che si riferiscono a presidi territoriali, oppure i processi che fanno capo ai quattro diversi dipartimenti con le loro aree e le loro moltissime strutture di riferimento, oppure ai processi di controllo verso soggetti esterni, propri del dipartimento della prevenzione, oppure processi che riguardano le modalità di erogazione dei servizi sociali, erogazioni di contributi etc. etc. .

In un panorama così ampio e variegato di processi era necessario stabilire delle priorità di intervento che, come detto nella parte 3 del Piano, sono state determinate seguendo le indicazioni fornite da Anac nei Piani nazionali e dell'organo di direzione e di indirizzo a cui spetta, appunto, *definire gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza*.

La direzione, come detto, ha inserito nella scheda di valutazione 2018 del RPCT 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.

Nel corso del 2018 abbiamo, quindi, intensificato la mappatura dei processi che Anac, all'interno dei Piani Nazionali Anticorruzione, considera a maggiore rischio corruzione nel settore della sanità.

Questa scelta, oltre che adempiere a indicazione dell'organo di direzione, ha anche permesso di risolvere la problematica emersa nel corso degli ultimi anni.

Avevamo constatato, infatti, che con l'applicazione del questionario che utilizzavamo per individuare il rischio basso, medio o alto di un processo, avveniva troppo spesso che un processo risultasse a rischio basso quando invece lo stesso processo presentava della criticità o addirittura era stato già definito da Anac ad alto rischio. .

Questo elemento ha determinato una seria criticità nel sistema precedente in quanto il fatto che un processo risultasse a rischio basso, precludeva la sua analisi e la conseguente individuazione di misure di mitigazione del rischio.

Il questionario utilizzato per individuare il livello di rischio aveva naturalmente ottime finalità ovvero quelle di determinare un filtro per l'analisi dei processi effettivamente a rischio lasciando gli altri in subordine.

Ma visti i risultati scarsamente attendibili del test, è stato deciso di superare del tutto questa modalità per concentrare la nostra attenzione sulla mappatura dei processi che Anac in via preliminare già considerava ad alto rischio.

Questo è stato attuato interpellando anche le singole strutture organizzative aziendali e chiedendo loro di individuare, all'interno dei loro processi ed attività, quelle ritenute un alto grado rischio.

Alcuni dei processi analizzati nel 2018 erano già stati sottoposti ad analisi nel 2017 ed inseriti nel catalogo allegato al PTPC 2018-2020. Tuttavia, i mutamenti organizzativi avvenuti nel corso del 2018 e ancora in corso, hanno reso non più attuali i risultati ottenuti e le relative misure di prevenzione risultavano ormai superate. Per questo motivo è stato necessario un ulteriore passaggio i cui risultati definitivi sono riportati all'interno del catalogo dei processi allegato al nuovo Piano.

## Indice dei processi mappati

***Nella tabella che segue sono sintetizzati i processi mappati nel corso del 2018 e che costituiscono il catalogo processi 2019 (l'individuazione del rischio, le specifiche misure di prevenzione, gli indicatori, i tempi di realizzazione etc. sono riportate nelle schede di analisi che formano il CATALOGO DEI PROCESSI 2019 all'allegato 1) al presente Piano e a cui si rinvia).***

N°	Codice Processo	Nome del processo	DIR	Dipartimento / Struttura	RESP	Struttura
1	DECENT003	Fornitura ausili e protesi tramite ortopedie / gara / economia	Susanna Tamburini	Dipartimento del Decentramento	Patrizia Romoli	SOC Servizi alle Zone - SDS
2	FARMAC001	Fatturazione e controllo delle ricette provenienti dalle farmacie territoriali convenzionate comprese quelle in DPC (Distribuzione Per Conto dell'Azienda)	Teresa Brocca	Dipartimento del Farmaco	Teresa Brocca (Farmaceutica Convenzionata) – Massimo Nocchi (Farmaceutica DPC)	SOS Farmaceutica Convenzionata – SOS Farmaceutica DPC
3	FARMAC002	Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali	Teresa Brocca	Dipartimento del Farmaco	Massimo Nocchi – Sara Bruni – Paola Becagli – Cristina Ceccarelli	SOS Farmaceutica convenzionata
4	FARMAC003	Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie	Teresa Brocca	Dipartimento del Farmaco	Loredana Casini	SOC Vigilanza alle farmacie
5	PREVEN001	Controllo ufficiale su stabilimento riconosciuto/registrato che produce e/o commercializza prodotti destinati al consumo umano e/o animale e sul benessere animale	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Cantini Stefano	Area Funzionale SPVSA
6	PREVEN002	Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili)	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Maurizio Baldacci	Area Funzionale PISLL
7	PREVEN003	Controllo di unità locali per motivi di sanità pubblica (collettività scolastiche, strutture recettive, impianti natatori, impianti sportivi, attività di estetica e tatuatore etc..)	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Garfalo Giorno	Area Funzionale IPN
8	PREVEN004	Verifica e Omologazione di Impianti, Macchine e Attrezzature	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Alessandro Matteucci	Verifiche Impianti e Macchine
9	PREVEN005	Verifica e controllo dell'esercizio degli impianti sportivi ai sensi e per gli effetti della LRT n. 35/2003	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Mochi Nicola	UFC Medicina dello Sport
10	PREVEN006	Vigilanza e controllo su strutture sanitarie e studi professionali	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Paolo Del Guerra	Unità Funzionale Semplice Vigilanza e Controllo Erogazione Prestazioni Sanitarie Strutture Sanitarie e Sociali (UFS VCEPSSSS)
11	PREVEN007	Rilascio di certificazione in Area Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (prodotto finito PF 52 "certificazioni")	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Cantini Stefano	Area Funzionale Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

12	PREVEN008	Rilascio da parte dell'organo tecnico competente di un'attestazione scritta, elettronica o equivalente, relativa alla conformità di un prodotto o di un servizio alle norme vigenti.	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Mochi Nicola	UFC Medicina dello Sport
13	PREVEN009	Rilascio di certificazione (prodotto finito PF 52 "certificazioni")	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Giorgio Garofalo	AF IPN
14	PREVEN010	Rilascio di certificazione (prodotto finito PF 52 "certificazioni")	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Maurizio Baldacci	AF PISLL
15	RETOSP001	Gestione salme Presidio Ospedaliero Santa Maria Nuova	Luca Nardi	Dipartimento Rete Ospedaliera	Francesca Ciruolo	SOS DSPO Santa Maria Nuova
16	RETOSP002	Gestione salme nel Presidio Ospedaliero S. Giovanni di Dio	Luca Nardi	Dipartimento Rete Ospedaliera	Simone Naldini	SOS DSPO San Giovanni di Dio
17	RETOSP003	Gestione salme nel Presidio Ospedaliero OSMA	Luca Nardi	Dipartimento Rete Ospedaliera	Lucilla Di Renzo	SOS DSPO OSMA
18	RISUMA002	Conferimento incarichi collaborazione	Tognini Arianna	Dipartimento Risorse Umane	Occhiolini Ginevra	SOS Assunzioni e rapporti con ESTAR
19	RISUMA003	Incarichi extra istituzionali	Tognini Arianna	Dipartimento Risorse Umane	Cristina Sarti	SOS Procedure amministrative del personale
20	SERSOC001	Inserimenti socioterapeutici o lavorativi per adulti svantaggiati, disabili o TD in trattamento.	Rossella Boldrini	Dipartimento dei Servizi Sociali	Rossella Boldrini	SOS Qualità Professionale
21	STAFDS001	Controlli su strutture accreditate - Ricoveri	Roberto Biagini	Staff Direzione Sanitaria	Felicia Zaccardi	SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate
22	STAFDS002	Controlli su strutture accreditate - Attività ambulatoriale	Roberto Biagini	Staff Direzione Sanitaria	Felicia Zaccardi	Area Programmazione e controllo attività sanitaria
23	STAFDS003	Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit)	Roberto Biagini	Staff Direzione Sanitaria	Piero Luigi Perruccio	SOS Etica e cure
24	STAFDS004	Controlli su strutture accreditate - Prestazioni di odontoiatria erogate dal privato accreditato	Stefano Michelagnoli	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche	Marco Massagli	SOC Odontoiatria
25	TECSAN001	1° accesso per prestazioni ambulatoriali di terapia dietetica	Giuseppe Nottoli	Dipartimento Servizi Tecnici Sanitari	Giuseppe Nottoli (Rita Marianelli)	SOS Attività tecniche Assistenziali Dietetica professionale
26	TECSAN002	Percorso assistenziale specialistico di medicina fisica (Percorso 2 DGRT 595/05)	Giuseppe Nottoli	Dipartimento Servizi Tecnico sanitari	Sandra Moretti	SOC Attività di riabilitazione funzionale
27	TECSAN003	Percorso assistenziale specialistico di medicina fisica (Percorso 3 DGRT 595/05)	Giuseppe Nottoli	Dipartimento Servizi Tecnico sanitari	Sandra Moretti	SOC Attività di riabilitazione funzionale

## 5. LE MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE

Questa parte del Piano è dedicata alle misure di carattere generale finalizzate a ridurre e prevenire il rischio corruttivo. Tali misure, in quanto strumenti ad applicazione generalizzata, rientrano nella maggior parte dei casi in competenze trasversali che di volta in volta sono state indicate nelle apposite sezioni a loro dedicate. Le misure generali trattate, in questa parte del piano sono:

1. **la formazione** (attività ed interventi)
2. **il Codice di comportamento** (aggiornamento 2018)
3. **la gestione dello whistleblowing**
4. **la gestione del conflitto di interessi** (il regolamento)
5. **i rapporti con gli stakeholder** (la giornata della trasparenza)
6. **il Pantouflage**
7. **la rotazione degli incarichi** (criticità nel settore sanitario)

Per ogni misura generale si da conto di ciò che è stato fatto nel 2018 e si espone il programma per il 2019.

A conclusione di ogni sezione è riportata una tabella riassuntiva in cui sinteticamente si indica:

lo stato di attuazione della misura e il programma per 2019, le fasi di attuazione, gli indicatori e le responsabilità.

Riguardo alle suddette misure di prevenzione e le relative attività programmate, si evidenzia che, tenuto conto dell'impatto organizzativo e dell'ampio numero di soggetti e delle strutture coinvolte nella loro realizzazione, questa deve avvenire con il più ampio coinvolgimento possibile dei soggetti cui spetta la responsabilità della loro attuazione anche al fine di condividere e definire le modalità più efficaci per la loro concreta implementazione.

### 5.1. LA FORMAZIONE

#### Attività 2018, programma formativo per l'anno 2019 e FAD

La "formazione" rivolta al personale riveste un'importanza fondamentale per la crescita culturale di cui abbiamo fatto cenno nella parte 3 del Piano e per sviluppare sia nei singoli soggetti che nel complesso della struttura organizzativa, una maggiore consapevolezza riguardo alle materie ed agli interventi di etica pubblica, responsabilità e trasparenza amministrativa e gestione del rischio.

**Nel corso del 2018**, a differenza degli anni precedenti, dove si sono trattati in maniera generale, ma forse non troppo approfondita, gran degli obiettivi del Piano, si è preferito concentrare la nostra attenzione su una materia specifica ovvero: **il conflitto di interessi e il codice di comportamento**.

Nel compiere questa scelta, abbiamo considerato che il conflitto di interessi fosse una materia che poteva interessare, soprattutto da un punto di vista pratico e concreto, qualsiasi dipendente, dirigente o funzionario che si trovasse a svolgere un'attività o ad assumere una determinata decisione.

In particolare, in seguito all'individuazione delle misure di prevenzione del rischio scaturite dalla mappatura e dall'analisi dei processi afferenti al Dipartimento della prevenzione e soprattutto quei processi che riguardavano il controllo di strutture esterne, è emersa la necessità di chiarire a tutti i soggetti coinvolti in questo tipo particolare di attività l'importanza dei meccanismi di astensione e di comunicazione in presenza di conflitto di interessi. La materia è stata trattata, quindi, in due momenti distinti con destinatari diversi.

- a) Corsi formativi (7 ore per n.2 edizioni) organizzati - nella prima parte dell'anno - rivolti in maniera specifica ai dirigenti ed ai funzionari del Dipartimento della prevenzione, docente prof. Di Rienzo, fondatore di "spazio etico".

La formazione è stata diretta verso quei dipendenti aziendali che svolgono un'attività di controllo e vigilanza su soggetti esterni all'azienda. Il corso ha avuto l'obiettivo di approfondire i vari aspetti connessi alla gestione del conflitto di interessi nell'ambito delle attività di vigilanza svolte dal

Dipartimento di Prevenzione (Vigilanza in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, salute pubblica e sicurezza alimentare, veterinaria etc. ) ;

Data	Durata	Iscritti	Valutazione
13/04/2018	7	48	4.4 su 5
11/06/2018	7	67	3.8 su 5

- b) Corsi formativi - organizzativi nei mesi ottobre – dicembre 2018 – rivolti ai direttori di strutture semplici e complesse e posizioni organizzative Amministrativa, infermieristica e Tecnico Professionale. Il corso in questo caso è stato tenuto da personale interno del servizio anticorruzione . I partecipanti convocati, individuati dal RPCT, erano 160. L’evento formativo era articolato in 1 giornata formativa di ore 4 per n. 5 edizioni.

I corsi così organizzativi hanno visto una partecipazione consistente dei dipendenti che si è andata via via intensificando a conferma del fatto che la materia trattata assumeva un interesse concreto e specifico di cui i dipendenti erano consapevoli. La gran parte dei dipendenti coinvolti nei corsi di formazione ha manifestato l’interesse a conoscere , riconoscere il conflitto, farlo emergere e gestirlo con trasparenza e responsabilità nella consapevolezza che un conflitto non evidenziato nè trattato che avrebbe potuto portare, anche inconsapevolmente, ad episodi di corruzione e mala amministrazione .

Grazie al contributo e alla specifica esperienza professionale dei docenti sia esterni che interni all’azione, la qualità della didattica ed il corso nel suo complesso sono stati particolarmente apprezzati .

Dai test di valutazione del corso rilasciate dai discenti al termine delle sedute formative, si evince una valutazione complessiva molto favorevole sia dei contenuti che della qualità delle docenze .

Questo riscontro largamente positivo del corso, unitamente alla consistente presenza ai corsi , ha determinato la decisione di riproporre il corso anche per il 2019 in modo tale da allargare sempre di più la platea dei dipendenti formati sull’argomento.

**Per l’anno 2019** è già stata programmata una serie di 12 edizioni del corso di 5 ore ciascuna sul tema **il conflitto di interessi e il codice di comportamento** che prenderà avvio il 24 gennaio 2019 e che riguarderà i dirigenti, i funzionari , in particolare titolari di posizioni organizzative, che per ragioni organizzative non sono stati chiamati a partecipare alle edizioni del 2018 .

Nei primi mesi del 2019 , prenderà avvio anche un **corso FAD** ovvero un insieme di attività didattiche svolte all'interno di un progetto di formazione 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 approfondisce particolari aspetti delle materie di trasparenza e anticorruzione ed è rivolto a ai dipendenti del comparto dal VII livello a 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.

I partecipanti coinvolti sono circa 14400.

L’evento formativo è articolato in 1 giornata formativa di ore 4 per n. 1 edizione.

Il materiale didattico è già disponibile sul portale del FORMAS.

### Tabella riassuntiva: stato di attuazione della misura e programma 2019

Misure di carattere GENERALE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1 GENNAIO 2018	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 NEL 2018 PROGRAMMATA ANCHE PER IL 2019	gennaio – maggio 2019 per direttori di struttura e PO settore amministrativo	Test di apprendimento dei partecipanti  Scheda di valutazione dei docenti riscontro	RPCT , GLP e Struttura formazione del personale
2) Formazione a distanza FAD per i dipendenti dal VII livello e tutta la dirigenza	DA ATTUARE : PROGRAMMATA DA GENNAIO 2019	2019	COMPILAZIONE FAD	RPCT , GLP, Struttura formazione del personale e FORMAS

## 5.2. IL CODICE DI COMPORTAMENTO : AGGIORNAMENTO

Il regolamento del Codice di comportamento dei dipendenti è stato adottato con deliberazione del Direttore generale n.1358 del 16-9-2016 . In questa sede ricordiamo che è stato il frutto di un lavoro condiviso con gli RPCT delle Aziende Unità Sanitarie Locali ed Ospedaliere della Regione Toscana con l'obiettivo di definire un codice che avesse caratteristiche uniformi e condivise a livello regionale nella materie in cui si evidenziavano tratti omogenei di intervento pur nel rispetto delle singole particolari condizioni e realtà territoriali di ciascuna azienda.

Il Codice di comportamento rappresenta, certamente, una tappa fondamentale dell'intero percorso dell'anticorruzione e della trasparenza poiché costituisce uno dei principali strumenti di prevenzione della corruzione, idoneo a mitigare la maggior parte delle tipologie dei comportamenti a rischio corruttivo in quanto diretto a favorire la diffusione di comportamenti ispirati a principi di legalità , etica, trasparenza e correttezza sia all'interno dell'organizzazione che al suo esterno al fine di testimoniare anche di fronte alla collettività ed all'opinione pubblica, la correttezza dei comportamenti propri dell' " pubblico dipendente" .

E' uno strumento , quindi, volto al perseguimento di obiettivi di integrità e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

La *ratio* dell'esistenza del codice e del suo regolamento, risiede nella necessità di tipizzare le condotte illecite e tradurre i principi generali costituzionalmente sanciti in regole di condotta. Tali principi sono ad esempio il principio dell'articolo 54 della Costituzione che stabilisce il dovere dei "**cittadini a cui sono affidate le funzioni pubbliche**" di adempierle con disciplina ed onore e ancora la disposizione per cui " i pubblici dipendenti sono al servizio esclusivo della nazione " (art. 98) e che sono tenuti ad assicurare il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione " (art. 97)

### Una particolare attenzione : l'integrità del dipendente pubblico disegnata dal Codice

Attenersi al rispetto dei principi costituzionali sopra ricordati , poteva, già di per se, garantire la figura di un dipendente pubblico imparziale e proteso al perseguimento dell'interesse collettivo, il cui agire sarebbe stato segnato da imparzialità , onestà , equità, correttezza e che avrebbe agito , come afferma la suprema carta con disciplina e onore - ove il termine "disciplina" è inteso come "*autolimitazione*" e rispetto delle regole e il termine "onore" esplicita il valore morale, il "*merito*" di una persona, non considerato in sé, ma in quanto conferisce il diritto alla stima e al rispetto altrui.

Evidentemente i riferimenti valoriali costituzionali non sono stati ritenuti più sufficienti a garantire, in molti casi, l'integrità del dipendente pubblico ed a rappresentare un argine al dilagare di comportamenti illeciti e fenomeni corruttivi.

Episodi sempre più diffusi e resi noti dai mezzi di informazione, sia di cattiva amministrazione che di scorretto comportamento di pubblici funzionari, hanno posto in evidenza, da un lato, la sostanziale disapplicazione di principi che potevano sembrare scontati, dall'altro hanno imposto "un giro di vite" che si è manifestato nella emanazione di forme più rigorose di disciplina normativa per i dipendenti pubblici che hanno riguardato non soltanto gli obblighi concernenti la prestazione lavorativa, ma si sono estesi anche all'esterno del rapporto di lavoro.

La soluzione al problema è stata quella di normare le criticità riscontrate rafforzando il profilo costrittivo della normativa in generale (vedi nuove norme sul licenziamento ex Dlgs 165/2001 ss.mm.ii.) e emanare un codice di comportamento (DPR 62/2012) che regolasse anche nei dettagli la condotta del dipendente pubblico rifacendosi ai principi di eticità ed integrità stabiliti dalla carta costituzionale.

Credo tuttavia che la soluzione normativa sia oltremodo limitativa e non sufficiente se non accompagnata da una seria formazione generalizzata sul tema, da un intervento serio e approfondito nelle scuole in materia di legalità ed etica, da una crescita culturale complessiva del paese anche e soprattutto a livello di leadership, di ceti dirigenti, imprenditoriali, di partiti politici e sindacati.

Approfondiamo ora i principi generali fondativi della condotta del dipendente pubblico, posti all'art. 3 del Codice, comportamenti che debbano ispirarsi ad **integrità, correttezza, buona fede, la proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, imparzialità.**

***In questo senso come vedremo tali principi costituiscono parte integrante dell'interesse primario del dipendente pubblico che deve essere ben approfondito e compreso in quanto questo concetto è alla base della disciplina del conflitto di interessi che trattiamo al paragrafo successivo.***

Per evitare il rischio che tali principi restino troppo generici, evanescenti e quindi si ritorni al solito problema della loro mancata applicazione pratica, il Codice esplicita un quadro molto ampio dei comportamenti "proibiti" che possono essere esteriorizzati nelle molteplici vicende quotidiane.

Tuttavia l'elemento che possiamo ritenere unificante e a cui possono essere ricondotti i principi sanciti dall'art. 3, può essere rappresentato da ciò che viene definito "**integrità personale**", la quale si manifesta in multiformi aspetti che vanno dalla lealtà nei rapporti interpersonali, alla onestà e al perseguimento dell'interesse pubblico, all'equilibrio e correttezza nel comportamento verso i colleghi, collaboratori e i destinatari dell'azione pubblica.

L'integrità personale attiene essenzialmente al rispetto dei principi costituzionali e a i due principi fondamentali che il Codice riprende e specifica, ovvero:

- a) servire il pubblico interesse e agire esclusivamente con tale finalità.
- b) garantire la parità di trattamento dei destinatari dell'azione pubblica.

***a) Dal primo principio, ovvero servire il pubblico interesse e agire esclusivamente con tale finalità, consegue una serie di ipotesi comportamentali.***

Qualsiasi utilizzazione di prerogative legate alla funzione per fini personali, manifestano un comportamento illecito e quindi censurabile..

E' pertanto da sanzionare il comportamento del *dipendente che utilizza in maniera scorretta ed incongrua il materiale o le attrezzature di cui dispone per ragioni di ufficio (esempio telefono mail) e che utilizza i mezzi di trasporto dell'amministrazione a sua disposizione al di fuori dei casi che riguardano lo svolgimento dei compiti d'ufficio.*

Sempre in questa prospettiva è vietato l'utilizzo, a fini privati, di informazioni di cui il dipendente è in possesso in ragione del proprio ufficio, nonché dello sfruttamento della propria posizione per ottenere vantaggi tra

privati. Il dipendente infatti *nei rapporti privati, comprese le relazioni extralavorative non sfrutta, né menziona la posizione che ricopre nell'amministrazione per ottenere utilità che non gli spettino e non assume nessun altro comportamento che possa nuocere all'immagine dell'amministrazione.*" (art.10)

La ragione di questa specifica norma risiede nel fatto ormai noto che , a volte , il proprio ruolo all'interno dell'amministrazione viene utilizzato, per ottenere trattamenti di favore sul piano strettamente privato, e che non hanno alcuna ragion d'essere se non quella di alimentare un atteggiamento culturale basato sul privilegio anziché quello della pari dignità ed eguaglianza di tutti i cittadini.

Il fine di interesse pubblico comporta inoltre che l'azione del dipendente debba essere orientata ad evitare sprechi nell'utilizzo di risorse pubbliche e sapere coniugare l'efficienza con l'economicità ed il contenimento dei costi . Il criterio dettato è riconducibile all'atteggiamento di diligenza del buon padre di famiglia richiamato dall'art. 1176 c.c. il cui modello ha reali ripercussioni sull'esercizio concreto del lavoro, sia in termini di risparmio (si pensi al buon uso delle utenze di elettricità ecc.) che per l'individuazione delle migliori soluzioni di natura organizzativa e gestionale.

Innumerevoli sprechi ed episodi di cattiva amministrazione sono infatti determinati da un atteggiamento culturale di sfruttamento della cosa pubblica, anche da parte del funzionario pubblico .

L'interesse a servire l'interesse pubblico si declina anche nella particolare attenzione che il dipendente deve tenere nei confronti della collettività a cui i servizi sono rivolti e quindi orienta il suo comportamento in atteggiamenti improntati alla cordialità , cortesia, informazione esaustiva e di qualità sia quando si trova *de visu con il cittadino sia* quando si tratta di rispondere per posta elettronica o cartacea.

**b) Il secondo principio, ovvero assicurare la parità di trattamento dei destinatari dell'azione pubblica** , che presuppone, necessariamente, l'imparzialità del dipendente , si declina con il fatto che il dipendente, *nei rapporti con i destinatari dell'azione pubblica, assicura la piena parità di trattamento a parità di condizioni, astenendosi, da azioni arbitrarie che abbiano effetti negativi sui destinatari dell'azione pubblica o che comportino discriminazioni basate su sesso, nazionalità, origine etnica, caratteristiche genetiche, lingua, religione o credo, convinzioni personali o politiche, appartenenza a una minoranza nazionale, disabilità, condizioni sociali o di salute, età e orientamento sessuale o su altri diversi fattori.*

Il primo concerne il criterio in realtà sottinteso ma esplicitato nella norma che l'uguaglianza di trattamento presuppone eguali condizioni, viceversa differenti situazioni sostanziali comportano trattamenti differenziati.

A garanzia dell'imparzialità ma anche dell'immagine di imparzialità, è la disciplina prevista in materia di regali, compensi o altre utilità per sé o altri (esempio familiari, amici) (art. 4).

la norma pone una diversa regola di condotta: il divieto assoluto e più ampio, di chiedere compensi sotto varia natura (agevolazioni, sconti, viaggi ecc.) anche di modico valore per lo svolgimento della propria attività (anche al di fuori dall'ipotesi di reato) .

Nel caso, invece , che i regali siano offerti spontaneamente, il dipendente può accettarli solo se di modico valore. In via orientativa il nostro codice stabilisce che per modico valore si debba intendere una soglia di 100 euro in un anno .

Essere imparziale, assicurare la parità di trattamento dei destinatari dell'azione pubblica, servire il pubblico interesse e agire esclusivamente con tale finalità sono dunque i cardini fondamentali e la bussola di riferimento del comportamento del dipendente pubblico : possiamo affermare che questi principi rappresentano **l'interesse primario** del dipendente e dell'azione pubblica, **concetto fondamentale per il riconoscimento ed il trattamento del conflitto di interessi che vien approfondito al paragrafo n. 5.3** .

## Attività 2018: aggiornamento del Codice, "Informativa sintetica sull'uso corretto degli strumenti social media da parte dei dipendenti della AUSL Toscana Centro"

Già nel corso del 2017 era emersa la necessità di integrare il codice di comportamento già approvato con una parte che riguardava l'utilizzo dei "Social media" da parte dei dipendenti aziendali (Facebook, Twitter Instagram, la forma del blog, etc) per scambiare informazioni, foto, video, documenti etc..

E' evidente, infatti, che non dobbiamo sottovalutare l'impatto fortemente negativo che un uso distorto dei social media può comportare nei confronti dei pazienti e degli utenti del servizio sanitario, ma più in generale nei confronti dell'intera collettività.

Tenendo presente queste considerazioni, nel corso del 2018, è stata sviluppata in sede di "Coordinamento Regionale Responsabili Prevenzione della corruzione e Trasparenza in Sanità" una "Informativa sintetica sull'uso corretto degli strumenti social media da parte dei dipendenti della AUSL". Tale informativa, che viene riportata al paragrafo successivo costituire l'allegato "A" al Codice di comportamento aziendale, già approvato con delibera n.1358 del 16-9-2016.

Ecco il testo definitivo:

"Con il termine "**Social media**" si intendono le tecnologie, le pratiche e gli ambienti sul web per esempio Facebook, Twitter Instagram, blog, etc, che le persone usano per condividere contenuti, scambiare informazioni, immagini, video, audio etc.

L'ambiente Social, se pur virtuale, si manifesta come uno spazio "sociale aperto" entro cui le persone si muovono con il rischio che non vi sia l'immediata **percezione degli errori e dei pericoli** che un comportamento non consapevole dell'uso dello strumento può produrre, conducendo a conseguenze dannose sotto più punti di vista.

Per quanto riguarda i dipendenti della Aziendale, l'uso non corretto dei social può determinare un comportamento o un atteggiamento non etico o addirittura **riconcucibile ad illecito disciplinare o penale** (es: violazione privacy, violazione del segreto d'ufficio, danno all'immagine, violazione del diritto d'autore, calunnia, diffamazione etc).

Sussiste, pertanto, la necessità di maturare una **seria e provata consapevolezza** nell'utilizzo di tali strumenti, per cogliere le tante opportunità offerte dai medesimi ed allo stesso tempo, ridurre al minimo i numerosi rischi connessi ad un utilizzo improprio degli strumenti web.

Per maturare tale consapevolezza è necessario **tenere presente i rischi**, sia di ordine generale che specifico, connessi all'utilizzo dei social, tra i quali:

- Le informazioni sul web possono essere copiate e diffuse in modo infinito, passando da un profilo all'altro sui social e da un social ad un altro fino a divenire "**virali**" (come si dice in gergo).

- Non esiste nessuno strumento ad oggi che possa permettere di "cancellare" definitivamente dal web informazioni inavvertitamente inserite.

Il **diritto all'oblio** non è ad oggi totalmente garantito, perché ogni dato, immagine, informazione diramata si diffonde e può restare sul web.

- Attraverso i social non è assolutamente garantita l'**autenticità dell'informazione**: chiunque può appropriarsi di una informazione corretta e generarne una verosimile ma sostanzialmente modificata (fake news), oppure l'informazione rappresenta un "sentito dire", o ancora è generata da un superficiale passa parola.

- La propria immagine è un dato personale che può essere rubato e riutilizzato con la modifica di dati generando un falso, soprattutto se l'utente ha reso in internet altri dati personali quali il codice fiscale o la data di nascita. Questo può comportare un vero e proprio **furto di identità**.

In particolare per quanto riguarda l'**utilizzo dei social da parte dei dipendenti pubblici**, (rischio specifico) si fa presente che:

1) Il dipendente che posta sui social **contenuti di qualsiasi tipologia** (foto, commenti, dichiarazioni, video etc.) **attinenti all'attività aziendale** ne è personalmente responsabile.

2) Deve essere tutelato il **rispetto del diritto alla privacy dei pazienti, utenti dei servizi, colleghi** e di qualsiasi altra persona che si trovi a frequentare locali pubblici di pertinenza dell'azienda.

3) Non è consentito postare foto, immagini, video, audio etc, se non con le modalità previste dal Codice di comportamento aziendale.

4) Va tenuto presente che **offendere sui social** i servizi, le cure che i pazienti e i cittadini ricevono ed ogni altro tipo di attività di pertinenza aziendale provoca un **danno all'immagine e alla reputazione dell'Azienda**.

A tal proposito, si ricorda che la **Corte di Cassazione**, attraverso una recente sentenza, ha affermato che . "La diffusione di un messaggio diffamatorio attraverso l'uso di una bacheca Facebook integra un'ipotesi di diffamazione, per la potenziale capacità di raggiungere un numero indeterminato di persone."

5) E' consentito postare sui social, foto, video o immagini riferite esclusivamente all'**esterno degli edifici** della propria azienda di appartenenza, e/o aziende e/o attività del sistema sanitario, a condizione che tali immagini non provochino un danno di immagine all'azienda e che non siano accompagnate da messaggi diffamatori.

6) Il **logo aziendale** può essere postato sui social soltanto in relazione ad iniziative o manifestazioni per le quali l'azienda ne abbia già concesso ed autorizzato l'uso.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda al **Codice di comportamento aziendale (LINK)**, ed alla documentazione integrale: "Uso degli strumenti web. Proposta di integrazione del Codice comportamentale per i dipendenti del SSR. Linee guida per la redazione di una policy dell'istituzione." (LINK)

## Attività 2019

Per il 2019 è stata programmata un ulteriore aggiornamento del Codice di comportamento aziendale con riferimento alle novità introdotte dalla Legge 30 novembre 2017 n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" ed alle annunciate linee guida ANAC in materia di prossima pubblicazione .

**Tabella riassuntiva: stato di attuazione della misura e programma 2019**

Misure di carattere GENERALE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1 GENNAIO 2019	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESPONSABILE
1) aggiornamento del <b>CODICE DI COMPORTAMENTO</b> per quanto riguarda l'uso dei social media	ATTUATO	ALLEGATO AL PIANO 2019 – INSERITO AL TERMINE DI QUESTA SEZIONE	ALLEGATO AL PIANO 2019 - INSERITO AL TERMINE DI QUESTA SEZIONE	RPCT
2) aggiornamento del <b>CODICE DI COMPORTAMENTO</b> riguardo la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità	NON ATTUATO	ATTUAZIONE PREVISTA NEL 2019 PREVIA EMANAZIONE LINEEE GUIDA ANAC IN MATERIA	INTEGRAZIONE AL CODICE O REGOLEMENTO SPECIFICO IN MATERIA ( <b>VEDI sezione 5.3 WHISTLBLOWING</b> )	RPCT

## 5.3. GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI

### Attività 2018 : la predisposizione del Regolamento aziendale per la gestione del conflitto di interessi

Come più volte accennato , nel corso del 2018, particolare attenzione è stata dedicata sia al codice di comportamento che al conflitto di interesse, materie sulle quali si è concentrata anche l'attività di formazione in aula .

Questo intervento mirato è derivato dalla consapevolezza che , come scrive il Presidente di Anac , dr. 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. Proprio per tale motivo il nostro sistema ha introdotto nuovi meccanismi di incompatibilità e inconfiribilità, oltre all’istituto del pantouflage e una stretta rilevante sulla possibilità di svolgere incarichi di altro tipo al di fuori dell’ente pubblico di appartenenza”**.

La materia del conflitto di interessi è inoltre particolarmente articolata, disciplinata da fonti normative diverse a volte di non facile lettura e il cui coordinamento risulta molto spesso complesso e difficile .

L’assunto di cui sopra, questa particolare complessità della normativa di riferimento, nonché la rilevanza del tema ai fini dell’anticorruzione, ha consigliato la stesura di un regolamento aziendale in cui vengono chiarite gli obblighi in capo ai dipendenti , le responsabilità di gestione dei vari processi connessi ed ogni altro aspetto normativo ed organizzativo che consenta all’azienda di gestire in modo corretto il conflitto.

Allo steso tempo il Regolamento è un documento quanto mai necessario per i dipendenti a cui questi possono fare riferimento per avere una visione chiara ed esaustiva della materia e degli obblighi connessi.

In questo contesto, il Regolamento che si approva **quale allegato 3 al presente piano**, ha inteso prima di tutto chiarire, evidenziare e richiamare con forza **l’interesse primario** del pubblico dipendente che deriva, in primo luogo, dai principi costituzionali di riferimento che abbiamo evidenziato nel paragrafo precedente .

Tale Interesse primario che fa riferimento ai principi posti dalla costituzione, deve essere assunto in coerenza con l’ interesse primario che deriva dal rapporto di lavoro che lega il dipendente all’azienda e quindi che è rappresentato dalla missione e obiettivi aziendali che il dipendente è tenuto a perseguire.

I due interessi primari, devono essere coerenti tra loro e tendenti a perseguire gli stessi obiettivi di correttezza ed imparzialità .

Può accadere che nel corso dello svolgimento dell’ attività lavorative o nel prendere determinate decisioni il dipendente possa trovarsi in una situazione in cui è presente in capo al dipendente un altro interesse contrapposto al primo ovvero sussiste la possibilità che il suo comportamento possa deviare dal perseguire l’interesse primario a favore di un interesse particolare , il così detto interesse secondario.

**L’interesse primario** del dipendente è dunque quello che lega il dipendente ai suoi precisi doveri e responsabilità , mentre **l’interesse secondario** (finanziario o non finanziario) è un interesse esterno che tende ad interferire o potrebbe interferire con l’interesse primario del dipendente con la possibilità che questa influenza determini una devianza (di varia intensità) dall’interesse primario .

In tutti le situazione che si trova ad affrontare il dipendente deve valutare, pertanto se siano presenti interessi secondari , di natura anche non finanziaria, **che possono confliggere** con il suo interesse primario e nel caso ritenga che questi due interessi siano confliggenti è suo preciso obbligo farli emergere sia attraverso apposite comunicazioni , sia astenendosi dal prendere decisioni o svolgere attività o **da partecipare all’adozione di decisioni o ad attività** inerenti alle sue mansioni.

Al riguardo il regolamento ha previsto anche specifiche modalità organizzative .

In questo caso ci troviamo davanti ad un collegamento di interessi in capo al dipendente che può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall’intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici” oppure interesse che hanno a che vedere con relazioni **“finanziarie”** (crediti , debiti) , relazioni **“amicali”** (amicizia o grave inimicizia), relazioni **“familiari/affettive”** (coniuge, convivente, parentela, affinità), relazioni di **“rappresentanza”** (tutoraggio, cura, procura) , relazioni **“professionali”** (collaborazione con soggetti privati), relazioni **“professionali future”** (pantouflage), relazioni **“extra-istituzionali”** (incarichi d’ufficio o extra istituzionali conferiti da soggetti terzi)

Siamo quindi in presenza di conflitto di interessi quando sussiste una circostanza in cui l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) derivante da una relazione che il dipendente detiene, tende a interferire con l'interesse primario del dipendente stesso e verso ha precisi doveri e responsabilità.

Perché si realizzi un conflitto di interessi è necessario, quindi, nel nostro caso la presenza di **tre elementi chiave** ossia:

- a) **la presenza di una relazione tra un soggetto delegante (pubblica amministrazione) che comporta per un soggetto delegato (dipendente) l'obbligo di rispettare i principi sopra evidenziati e quindi l'obbligo di** agire nell'interesse pubblico (interesse primario) pubblico con tutte le declinazioni che questo interesse implica e comporta;
- b) **la presenza di un interesse secondario** del soggetto delegato (dipendente pubblico) di tipo finanziario o di altra natura che **tende ad interferire** con l'interesse primario nei confronti del quale il dipendente pubblico ha precisi doveri e responsabilità. **La tendenza dell'interesse secondario ad interferire con l'interesse primario** vuole sottolineare che l'interferenza si presenta con diversa intensità a seconda dell'agente portatore dell'interesse secondario e della rilevanza assunta da tale interesse.

Se l'interesse secondario interferisce concretamente ed effettivamente sull'interesse primario, siamo in presenza di un conflitto reale e concreto, se l'interesse secondario non interferisce direttamente nella situazione, ma potrebbe interferire, il conflitto è potenziale, se l'interesse secondario esistente non interferisce, ma è rilevato dall'esterno come inopportuno e sconveniente, si parla di conflitto percepito.

Il Regolamento sottolinea e dedica molto spazio all'esigenza e all'opportunità del dipendente di fare emergere la presenza di interessi secondari che si contrappongono a quelli primari in quanto una conflittualità di interessi non conosciuta e quindi non risolta, può determinare una situazione per cui il dipendente pubblico si troverebbe ad agire in condizioni distanti dai principi di correttezza, imparzialità e perseguimento di finalità pubbliche che abbiamo esaminato in precedenza che nel caso rappresentano gli interessi primari del dipendente.

In definitiva fare emergere tali collegamenti di interessi in capo al dipendente, se esistenti, offrono la possibilità di risolvere il problema del conflitto con le modalità che lo stesso codice indica e quindi **permettono di ricollocare l'azione del pubblico dipendente entro quei valori e principi di imparzialità e parità di trattamento dei destinatari dell'azione pubblica e del perseguimento dell'interesse collettivo, esaminati in precedenza.**

Dichiarare o fare emergere un collegamento di interesse, infatti, non è niente di riprovevole, disdicevole o indegno perché tutti, in qualche misura hanno o possono avere collegamenti di interessi con il mondo esterno

Dichiarare un collegamento di interesse di tipo economico, finanziario ma non solo, è mettere in chiaro uno stato di fatto, una circostanza, una condizione esistente e quindi qualcosa di molto diverso da un comportamento, da un agito, da una condotta praticata.

Dichiarare un collegamento di interessi non è dunque alcunché di censurabile perché si tratta di una situazione che viene enunciata e posta alla luce del sole e pertanto si distingue nettamente dalla corruzione che invece è un comportamento, un modo di agire, un fatto praticato.

Mentre, infatti, il collegamento /conflitto di interessi è una situazione di rischio in cui l'interesse secondario tende a interferire o potrebbe interferire con l'interesse primario, nella corruzione la situazione di rischio si è trasformata in un fatto concreto, in un comportamento attuato che rileva un **abuso di potere**, che ha visto già in pratica prevalere l'interesse secondario su quello primario.

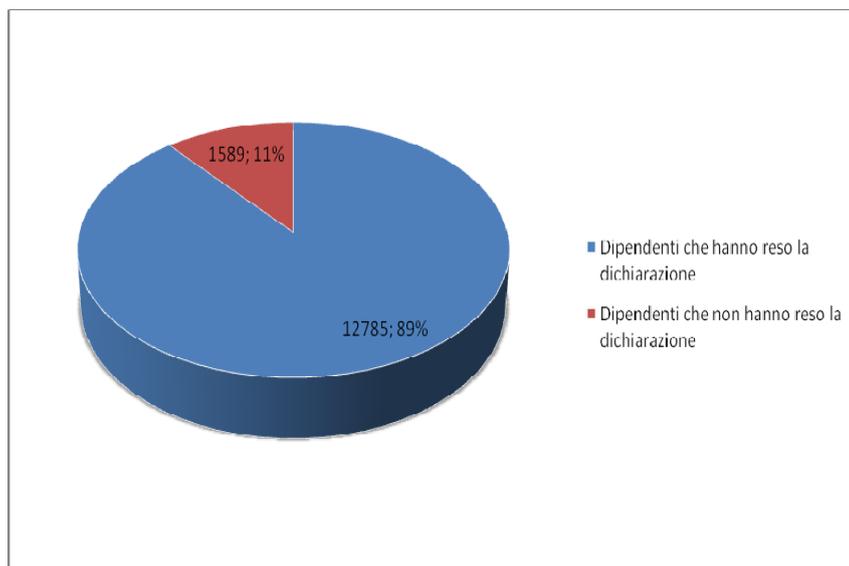
Se nel corso di un'attività o di una decisione da assumere il dipendente, a suo giudizio, si trova in situazioni di potenziale conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire ovvero lo stesso si trovi davanti a situazione in cui un interesse secondario può interferire con l'interesse primario lo stesso dipendente, ha l'obbligo di astenersi e fare presente la situazione per scritto al suo diretto responsabile.

### Attività 2018 : la raccolta delle comunicazione dei dipendenti e l'obbligo di astensione

Il regolamento si occupa naturalmente anche degli obblighi di comunicazione in capo a tutti i dipendenti, agli obblighi di comunicazione per quanto riguarda i dirigenti, direttori di struttura, e delle modalità organizzative per reperire le dichiarazioni.

In particolare nel corso del 2018 abbiamo in larga parte completato la raccolta degli **obblighi di comunicazione** a cui sono tenuti tutti i dipendenti ai sensi degli articoli art. 5 e 6 1° comma. Sempre in collaborazione con l'Area amministrazione del personale abbiamo organizzato la raccolta on line sul portale del dipendente. La raccolta è durata molti mesi anche per la quantità delle dichiarazioni (i dipendenti con circa 15.000), ma alla fine l'89% ha rilasciato le dichiarazioni obbligatorie relative all'*appartenenza o l'adesione ad associazioni od organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio. (esclui l'adesione a partiti politici o a sindacati) e tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni*".

**La figura seguente rappresenta in maniera diretta e facilmente intelleggibile la percentuale (89%) dei dipendenti che hanno rilasciato le suddette dichiarazioni :**



Queste dichiarazioni sono indirizzate al responsabile della struttura che può chiedere all'Area amministrazione del personale l'estrazione dal portale delle dichiarazioni dei dipendenti afferenti alla struttura di cui dovrà tenere conto nella distribuzione del lavoro al fine di prevenire eventuali situazioni di conflitto di interessi.

Sempre di pari passo con i corsi formativi sul conflitto siamo intervenuti in primo luogo di fare conoscere ed di spiegare **l'obbligo di astensione** in capo ai dipendenti si trovino in conflitto ed il conseguente obbligo del responsabile di assumere una decisione in merito.

Sul sito aziendale di Amministrazione Trasparente, nella categoria "Altri contenuti", è stata inserito un apposito spazio "**Indicazioni operative sul conflitto di interessi per il personale dipendente di ASL Toscana Centro**" che contiene semplici istruzioni operative per rendere più agevole la minima conoscenza del tema e

in cui il dipendente può trovare facilmente la modulistica per segnalare al dirigente della struttura di appartenenza l'astensione in caso di conflitto di interessi .

**La segnalazione del conflitto** deve essere indirizzata, infatti, al dirigente ed il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

**E' stata ribadita, in ogni modo, l'importanza dell' astensione da parte del dipendente 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. 6 secondo comma)

Lo stesso obbligo sussiste e quindi 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".* (art. 7 )

#### Attività 2019 : raccolta delle comunicazione dei dirigenti, direttori di struttura

Abbiamo iniziato la raccolta delle dichiarazioni dei dirigenti, direttori di struttura ai sensi dell'art. 13 del Codice dal 2 gennaio 2019 . Per motivi organizzativi e visto l'elevato numero delle direttore (poco meno di 600) è stato possibile iniziare la raccolta delle dichiarazione soltanto dopo che era stato messa a punto la possibilità di raccogliere le dichiarazione attraverso la piattaforma informatica "portale del dipendete" ovvero con le stesse modalità utilizzate per la raccolta delle dichiarazione dei dipendenti di cui al paragrafo precedente .

Anche queste dichiarazioni saranno sottoposte a verifica per cui nel caso dovessero emergere situazioni di conflitto di interesse in capo ai direttori , l'Azienda interverrà per la loro rimozione.

Le dichiarazioni dei dirigenti, direttori di struttura organizzativa, riguardano le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porre il dirigente in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolgono specificando , inoltre, se il dirigente stesso 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 la struttura che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività ad essa inerenti.

Il dirigente responsabile di struttura deve anche fornire le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche previste dalla legge.

#### Le dichiarazioni dei dipendenti che fanno parte di Commissioni di gara e concorsi

I soggetti condannati , anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti al capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, non possono fare parte 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.

L'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 ha lo scopo di prevenire il fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni di gare di concorso etc. . commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi anche con compiti di segreteria.

L'accertamento dell'esistenza di eventuali cause ostative, di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e comunque la verifica preventiva sulla presenza o meno del conflitto di interessi , avviene d'ufficio da parte

delle strutture che gestiscono la costituzione di commissioni all'atto della formazione delle stesse, mediante acquisizione della dichiarazione sostitutiva resa dall'interessato nei termini e alle condizioni degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000.

Per quanto riguarda le gare, gli appalti o in concorsi gestiti per conto dell'Azienda da ESTAR, (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale competente in materia di tecnologie dell'informazione e della comunicazione a supporto delle aziende sanitarie ed enti del servizio sanitario regionale toscano) è lo stesso Ente che interviene e richiede ai dipendenti ASL, la dichiarazioni sul conflitto di interesse.

**Tabella riassuntiva: stato di attuazione della misura e programma 2019**

Misure di carattere generale	Stato di attuazione al 1 gennaio 2019	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Soggetto responsabile
Obbligo di comunicazione e astensione in caso di conflitto di interesse 7 Codice di comportamento	<b>ATTUATO</b>		Presenza della modulistica sul sito web aziendale e compilazione da parte dei dipendenti in conflitto in cui una parte [ riservata alla decisione del dirigente	RPCT
Obblighi di comunicazione per tutti i dipendenti (art. 5,6, Codice di comportamento	<b>ATTUATO</b>		Presenza della modulistica nel portale del dipendente e compilazione da parte dei dipendenti	Direttore Area Amministrazione del personale ed RPCT
Obblighi di comunicazione per i dirigenti direttori di struttura art. 13 codice comportamento	<b>IN ATTUAZIONE</b> dal 2 gennaio 2019 presente la modulistica sul portale del dipendente	dal 2 gennaio 2019	Richiesta trasmessa per mail a tutti i direttori di struttura di compilare la dichiarazione	Direttore Area Amministrazione del personale ed RPCT

**Attività 2018: Incarichi e attività extra-istituzionali (regolamento)**

Il Dipartimento Risorse Umane aziendale, Area amministrazione del personale nel corso del 2018 ha predisposto il regolamento uniformando così le diverse procedure presenti in azienda ereditate dalle vecchie asl confluite.

**Tabella riassuntiva incarichi extra servizio : stato di attuazione della misura e programma 2019**

Misure di carattere generale	Stato di attuazione al 1 gennaio 2019	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Soggetto responsabile
regolamento incarichi extra istituzionali	<b>IN ATTUAZIONE</b>		Delibera D.G.di approvazione regolamento	Area amministrazione del personale

## 5.4. GESTIONE DELLO WHISTLEBLOWING

Il whistleblower ovvero il dipendente che segnala illeciti, è stato oggetto di particolare attenzione anche da parte del RPCT aziendale che sul tema ha predisposto un Regolamento che ancora, tuttavia, non ha trovato una formale approvazione per la necessità di armonizzare ed integrare il testo regolamentare sia con le disposizioni introdotte dalla legge 30 novembre 2017 n. 179, che con le linee guida in materia che Anac dovrebbe emanare a breve.

Tuttavia sulla base della prassi aziendale, ripresa dalla proposta di regolamento in corso 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 ritiene che non definire in modo troppo rigido e formale le modalità di segnalazione, possa 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”**.

In attesa di strutturare la procedura informatica di segnalazione illeciti come riportato al successivo paragrafo, sul sito aziendale di Amministrazione Trasparente, nella categoria “Altri contenuti”, è stato creato un apposito spazio denominato “whistleblowing” che contiene semplici istruzioni operative in forma di domanda/risposta, per rendere più agevole la minima conoscenza del tema mettendo a disposizione le informazioni e la modulistica, per eventualmente presentare la segnalazione al RPCT.

Lo spazio è stato organizzato in modo tale che cliccando sulla domanda, appare la risposta.

**Chi è lo whistleblower?**

**Come trasmettere le segnalazioni ?**

**Come viene garantito l'anonimato del segnalante ?**

**Quale è la normativa di riferimento ?**

**Modulo (con indirizzo mail del RPCT per presentare la segnalazione)**

### La procedura informatica per la raccolta di segnalazioni e il lavoro del Coordinamento regionale RPCT

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.

Al momento l'orientamento è quello di utilizzare la piattaforma informatica messa a disposizione da Anac.

A questo riguardo il coordinamento regionale degli RPCT ha anche predisposto la modulistica (la stessa inserita nello nostro spazio dedicato allo **whistleblower in** Amministrazione trasparente):

Cognome e nome del segnalante
Qualifica/incarico di servizio attuale
Struttura e sede di servizio attuale
Qualifica/incarico all'epoca del fatto segnalato
Struttura e sede di servizio all'epoca del fatto
Telefono - Pec oppure e-mail

**Compilare la seguente tabella per descrivere il fatto**

Ente/ Società/ Impresa/ Associazione/ luogo in cui si è verificato il fatto	
Periodo o data in cui si è verificato il fatto	
Soggetto/i che ha/hanno commesso il fatto: (nome, cognome, qualifica, recapiti, o altri elementi idonei all'identificazione)	
Eventuali altri soggetti coinvolti	
Modalità con cui si è venuti a conoscenza del fatto	
Eventuali altri soggetti che possono riferire sul fatto (nome, cognome, qualifica, recapiti, o altri elementi idonei all'identificazione)	
Descrizione del fatto (condotta od evento)	

**Ritengo che le azioni od omissioni commesse o tentate siano:**

azioni suscettibili di arrecare pregiudizio all'immagine dell'Azienda sanitaria;  
 violazioni del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e Trasparenza (PTPCT), del codice di comportamento o di altre disposizioni aziendali sanzionabili in via disciplinare;  
 violazioni del codice penale, in particolare i "Delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione"  
 (es. peculato, corruzione, concussione, abuso di ufficio, ecc.)  
 altro (specificare)

**Indicare se la segnalazione è già stata presentata anche ad altri soggetti:**

Soggetto(Sovraordinato/a, ANAC, Autorità Giudiziaria, Corte dei Conti altro...)	
Data della segnalazione	
Esito della segnalazione	

**Il segnalante è consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000.**

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

Firma \_\_\_\_\_

Allegare al presente modulo:

- copia di un documento di riconoscimento del segnalante
- eventuale documentazione a corredo della segnalazione

Nello svolgimento quotidiano delle attività lavorative è possibile venire a conoscenza di fatti e condotte scorrette ed illecite. Coloro che segnalano eventi di corruzione nei quali si trovino coinvolti o informati nel corso dell'esercizio delle proprie funzioni lavorative, non solo favoriscono una repressione efficace ma, soprattutto, manifestano un coinvolgimento eticamente corretto ed una impostazione culturale che costituisce essa stessa il primario deterrente al fenomeno della corruzione.

Riferimenti normativi: art. 54 bis D.Lgs. 165/2001 recepito dalla L. 190/2012 art. 1 c. 51, richiamato nell'art. 8 del Codice di Comportamento aziendale – Dlgs 79/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità" di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato."

Per ulteriori approfondimenti si rimanda al Piano anticorruzione aziendale disponibile sulla Sez. "Amm.ne Trasparente"

**Si ricorda che l'ordinamento tutela il dipendente che effettua la segnalazione di illecito/irregolarità. In particolare, la legge e il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) prevedono che:**

- l'amministrazione ha l'obbligo di predisporre dei sistemi di tutela della riservatezza circa l'identità del segnalante;
- l'identità del segnalante deve essere protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione. Nel procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo consenso (art. 1 c. 3 Dlgs 79/2017)
- la denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 ss. della legge 7 agosto 1990, n. 241;

- d) il denunciante che ritiene di essere stato discriminato sul lavoro a causa della denuncia, può segnalare (anche attraverso le OOSS) all'Ispettorato della funzione pubblica gli eventuali atti di discriminazione.
- e) La tutela del dipendente che segnala illeciti trova un limite (art.54bis c.1 D.lgs 165/2001) nei casi di calunnia o diffamazione o per lo stesso titolo ai sensi dell'art.2043 del codice civile (la segnalazione non riguarda rimostranze di carattere personale/sindacale).

Si riportano a titolo di esempio segnalazioni riguardanti comportamenti, rischi, reati, irregolarità, abusi di potere per scopi privati, a danno dell'interesse pubblico:

- a) azioni suscettibili di arrecare pregiudizio all'immagine dell'Azienda sanitaria;
- b) violazioni del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e Trasparenza (PTPCT), del codice di comportamento o di altre disposizioni aziendali sanzionabili in via disciplinare;
- c) violazioni del codice penale, in particolare i "Delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione" (es. peculato, corruzione, concussione, abuso di ufficio, ecc.)

Ai sensi dell'art.8 del Codice di Comportamento, il dipendente può segnalare eventuali situazioni di illecito al:

- a) Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)
- b) ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione)
- c) La segnalazione al RPC o all'ANAC., non sostituisce in caso di fatti penalmente rilevanti e/o di danno erariale, la denuncia all'Autorità Giudiziaria o alla Corte dei Conti.

Il dipendente che abbia inviato segnalazioni potrà chiedere informazioni sullo stato e sull'esito della pratica utilizzando il codice identificativo ricevuto in automatico con l'invio della segnalazione (avere conferma da Dima)

**La presente segnalazione verrà inviata direttamente alla casella di posta elettronica del RPCT attraverso un sistema di crittografia che assicura l'anonimato dei dati relativi al mittente**

### Le segnalazioni di whistleblowing nel 2018

Nel corso dell'anno 2018 si sono registrate 2 segnalazioni di whistleblowing per presunti casi di condotte illecite di cui i segnalanti erano venuti a conoscenza all'interno dell'organizzazione.

In entrambi i casi i segnalanti hanno scelto di indirizzare la loro segnalazione direttamente al RPCT e questi, dopo gli approfondimenti del caso, ha segnalato i casi all' Ufficio procedimenti disciplinari,

**Tabella riassuntiva: stato di attuazione della misura e programma 2019**

Misure di carattere GENERALE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1 GENNAIO 2019	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESPONSABILE
REGOLAMENTO WHISTBLOWER	DA ATTUARE	2019 adozione del Regolamento per adeguamento legge 179/2017	dopo emanazione linee guida Anac	RPCT Gruppo di lavoro
PROGRAMMA INFORMATICO ANAC	DA ATTUARE	2019 in condivisione con il coordinamento regionale RPCT		RPCT Gruppo di lavoro

### 5.5. RAPPORTI CON GLI STAKEHOLDERS

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.

Nel corso del 2018 accanto al **Comitato di partecipazione** dei cittadini e delle associazioni di volontariato (DPR 502/517 1992; DPCM19 maggio 1995, GU del 31.05.1995, n. 125, DL 229/1999), coordinato dall'URP e presente in Azienda da diversi anni, sono stati attuati due interventi di grande rilevanza per quanto riguarda i rapporti tra azienda e soggetti esterni.

Si tratta della emanazione della prima **Carte dei servizi Aziendale** e della organizzazione della prima **Giornata della trasparenza** della Azienda USL Toscana Centro che si è svolta insieme alla Conferenza dei servizi.

### Attività 2018 : "La Giornata della Trasparenza"

La giornata si è svolta il 6 Dicembre 2018 presso la Sala del Pellegrinaio Nuovo a Prato, in concomitanza con la Conferenza dei Servizi. E' stata aperta da un intervento del Direttore generale dell'Azienda e conclusa dall'assessore regionale alla sanità dopo un dibattito che ha visto la partecipazione di operatori e di rappresentanti delle associazioni dei cittadini e del Presidente del Comitato di partecipazione aziendale.

L'incontro è stato l'occasione, dopo un breve excursus sulla normativa in materia di Trasparenza, per fare il punto su cosa è stato fatto e su quali obiettivi si propone l'Azienda in materia di Trasparenza per il 2019.

Alla presenza degli stakeholders aziendali è stata sottolineata soprattutto l'importanza della Trasparenza come misura principale di contrasto alla corruzione e l'esigenza della diffusione di una cultura della Trasparenza a livello aziendale, attraverso l'attività formativa interna.

### La nuova carta dei servizi di AUSL T.C.

La prima Carta dei servizi aziendale è stata adottata e presentata nel corso della giornata della trasparenza di dicembre. Questo impegno deve essere evidenziato in quanto la Carta rappresenta un documento fondamentale 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.

Favorisce, inoltre, 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. Il piano strutturato della comunicazione organizzativa deve riguardare tutti i processi sia assistenziali che organizzativi e la comunicazione con i pazienti ed i familiari.

### Tabella riassuntiva: stato di attuazione della misura e programma 2019

Misure di carattere generale	Stato di attuazione al 1 gennaio 2019	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Soggetto responsabile
GIORNATA DELLA TRASPARENZA	<b>ATTUATO</b>	IL 6 DICEMBRE 2018	presso la Sala del Pellegrinaio Nuovo a Prato	RPCT

## 5.6. IL PANTOUFLAGE

La legge 190 ha introdotto, all'interno dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001, una norma volta a contenere il conflitto di interesse emergente dall'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. ovvero con tale disposizione si cerca di contenere il rischio in presenza di situazioni connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro . Ai dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda, 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.

Solo ai fini dell'applicazione dei divieti di cui sopra, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al D.Lgs. 39/2013, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'Azienda stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo.

Tali divieti si applicano a partire dalla cessazione dell'incarico:

- nei contratti di assunzione del personale, deve essere inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, deve essere inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;

## 5.7. ROTAZIONE DEL PERSONALE : LE CRITICITA' NEL SETTORE SANITARIO

La rotazione del personale rappresenta una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

Da applicare in particolare, all'interno delle aree a più elevato rischio di corruzione con l'obiettivo di ridurre il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti ed instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

Va considerato tuttavia l'applicazione di questa misura è oltremodo delicata in quanto , se applicata senza le dovute cautele, rischia di determinare inefficienze e malfunzionamenti nel sistema.

Nel settore sanitario, 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.

Nel settore sanitario, quindi, la rotazione è misura che non sempre può essere realizzata.

Nel settore tecnico amministrativo si potrebbe ipotizzare l'adozione di misure per evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi, specie di quelli più esposti al rischio di corruzione. Un'ipotesi alternativa alla rotazione nei casi di competenze infungibili, potrebbe consistere nella c.d. "segregazione di funzioni".

Tale misura, attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli (ad esempio nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti), l'applicazione di questo principio risulterebbe efficace per incoraggiare il controllo reciproco.

A titolo esemplificativo potrebbero essere previste dal dirigente modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio. Inoltre, perlomeno nelle aree identificate come più a rischio e per le istruttorie più delicate, potrebbero essere promossi meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, prevedendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria.

Altro criterio che potrebbe essere adottato, in luogo della rotazione, è quello di attuare una corretta articolazione dei compiti e delle competenze. Infatti, la concentrazione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto può esporre l'Azienda a rischi come quello che il medesimo soggetto possa compiere errori o tenere comportamenti scorretti senza che questi vengano alla luce. Sarebbe auspicabile, quindi, che nelle aree a rischio le varie fasi procedurali siano curate da più persone, avendo cura in particolare che la responsabilità del procedimento sia sempre assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente, cui compete l'adozione del provvedimento finale.

## 6. IL MONITORAGGIO 2018 SULL' ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO INDIVIDUATE NEL PROCESSI MAPPATI NEL 2017

### Attività 2018 : Azioni di monitoraggio e attuazione delle azioni di miglioramento

Il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure (sia specifiche che generali) è uno degli strumenti più rilevanti nel sistema in quanto evidenzia che cosa l'amministrazione concretamente sia stata in grado di attuare e con quali tempi, rispetto alla programmazione delle misure di prevenzione definite nel piano anticorruzione dell'anno precedente .

Nel piano dell'anno passato avevamo fatto presente come l'attività di monitoraggio svolta nel 2017 fosse stata fortemente influenzata da una organizzazione aziendale che alla fine dell'anno non era ancora del tutto compiuta (AUSL Toscana Centro nasce il 1° gennaio 2016) , in particolare per buona parte dell'anno non erano state costituite le nuove strutture aziendali con i relativi nuovi responsabili , quindi non era del tutto chiara la nuova distribuzione delle competenze . Questo dato come scritto, mise in evidenza come la gran parte delle misure proposte nel Piano antecedente e che dovevano essere attuate nel corso del 2017 e concordate con i "vecchi" responsabili ancora afferenti alle ex ASI confluite, non risultavano più applicabili alla luce della nuova organizzazione in cui i direttori delle strutture erano stati nominati da ottobre 2017 .

Nel corso del 2018 , con un organizzazione ormai definita , è stato relativamente più semplice individuare le strutture, i direttori , i referenti etc. insomma gli interlocutori indispensabile per portare avanti l'analisi e la mappatura dei processi così come l'individuazione corretta dei soggetti tenuti alla pubblicazione obbligatoria dei dati .

Nel Piano 2018 furono individuati due livelli di monitoraggio sia in rapporto alla concreta attuazione delle misure di mitigazione del rischio individuate nei processi analizzati l'anno precedente , sia in rapporto alla concreta attuazione delle misure generali di prevenzione del rischio .

Questo paragrafo tratta del monitoraggio sul livello di attuazione delle misure specifiche di mitigazione del rischio individuate, rinviando al paragrafo successivo il monitoraggio sull'attuazione delle misure generali di prevenzione

Nello specifico, quindi, si tratta del monitoraggio effettuato nel corso del 2018 sulle misure di prevenzione del rischio previste all'interno dei processi analizzati nel 2017 .

In questo contesto si ricorda che il monitoraggio di I livello è svolto dal Direttore di struttura (RESP) ed ha lo scopo di verificare, per ciascun processo aziendale affrente alla struttura da questi diretta, lo stato di attuazione delle misure della misura , la loro corretta implementazione nel rispetto dei tempi procedurali stabiliti e previsti .

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 i direttori sono tenuti, in quanto responsabili dell'attuazione delle singole misure di prevenzione del rischio, a trasmettere al R.P.C.T. , le non conformità , riscontrate sulla base del monitoraggio effettuato .

Se tali non conformità comunque non possono essere risolte , il RESP comunica al R.P.C.T. il motivo della mancata attuazione della misura specificando il problema riscontrato nella sua attuazione ovvero le ragioni della mancata attuazione nei termini programmati. Nella stessa nota e deve essere presentata una proposta in cui siano indicate misure correttive rispetto a quanto in precedenza prestabilito e un programma temporale con indicatori specifici per la loro attuazione . La proposta deve essere valutata dal RPCT e dal GPL eventualmente anche tramite l'attivazione di audit specifici .

#### **Monitoraggio I livello – attuazione :**

In sostanza quindi il RESP (direttore di struttura) è tenuto a verificare , per ciascun processo analizzato nel 2017 e riferito alla sua struttura , la corretta implementazione dei provvedimenti **tecnici organizzativi e**

procedurali di prevenzione della corruzione e di trasparenza individuati dall'analisi del processo ed il rispetto dei tempi di attuazione come riportato nel catalogo dei processi riportato nel P.T.P.C..

Le non conformità in merito alle misure di mitigazione del rischio individuate nel processo di analisi ma che eventualmente non sono state attuate, devono essere trattate tempestivamente direttamente dal RESP competente, in accordo con il DIR di riferimento (direttore del dipartimento), intraprendendo le azioni correttive organizzative o procedurali necessarie affinché le misure di prevenzione del rischio siano effettivamente attuate entro i termini stabiliti al fine di costituire le condizioni corrette di gestione del processo.

### **Il monitoraggio di II livello – attuazione delle misure di mitigazione del rischio**

Il R.P.C.T. insieme al GLP, anche prescindendo dalle comunicazioni dei Direttori di struttura interessati al monitoraggio di primo livello, intervengono direttamente per chiedere lo stato di attuazione delle misure.

In questo senso nel corso del 2018, sono stati effettuati due monitoraggi.

Il primo ha avuto inizio nel mese di aprile 2018, a due mesi dalla pubblicazione del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione 2018-2020, il secondo nel mese di ottobre 2018.

In entrambi i casi sono state inviate ai Direttori di struttura apposite mail nella quali è stato chiesto di relazionare circa lo stato di attuazione, nei tempi concordati nella fase di analisi del processo, delle misure di prevenzione del rischio programmate per ciascuno dei processi di loro competenza.

Nel monitoraggio di secondo livello, proprio del RPCT, sono state attuate le azioni di miglioramento che avevamo programmato nel Piano del 2018 ovvero l' **Azione di miglioramento n. 2 – relativa all'incremento anche di qualità e sistematizzazione dell'attività di verifica, controllo e monitoraggio.**

Sulla base di questa azione specifica abbiamo migliorato l'attività di monitoraggio per quanto riguarda:

- a) il livello di attuazione delle misure specifiche di mitigazione del rischio, i tempi di realizzazione, gli indicatori e i soggetti responsabili della loro attuazione riportate all'interno delle schede di mappatura dei processi analizzati (vedi allegato 1 al Piano 2018);
- b) il livello di attuazione delle misure generali di prevenzione (parte III del Piano 2018) sono state descritte o poi riportate in una tabella sintetica e conclusiva: lo stato di attuazione al 1° gennaio 2018, le fasi e i tempi di attuazione, gli indicatori e i soggetti responsabili.

### **Risultato monitoraggio del 2018 sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione collocate nei processi mappati nel 2017**

Tra i 22 processi analizzati e riportati nel Piano 2018 – 2020 è risultato che, in seguito al monitoraggio 2018, per **5 di questi**, ovvero per i processi indicati nella tabella sottostante, erano state previste misure di prevenzione del rischio (mappatura 2017) che sono risultate largamente superate in quanto, nel corso dell'anno, era stato modificato il contesto di riferimento organizzativo in cui tali misure erano state individuate.

Questo dato era andato ad incidere fortemente non solo sulle responsabilità dei **5** processi, ma anche sull'analisi del processo che, in virtù dell'accorpamento di 4 ex Aziende in AUSL Toscana Centro, era risultato diverso dal percorso analizzato.

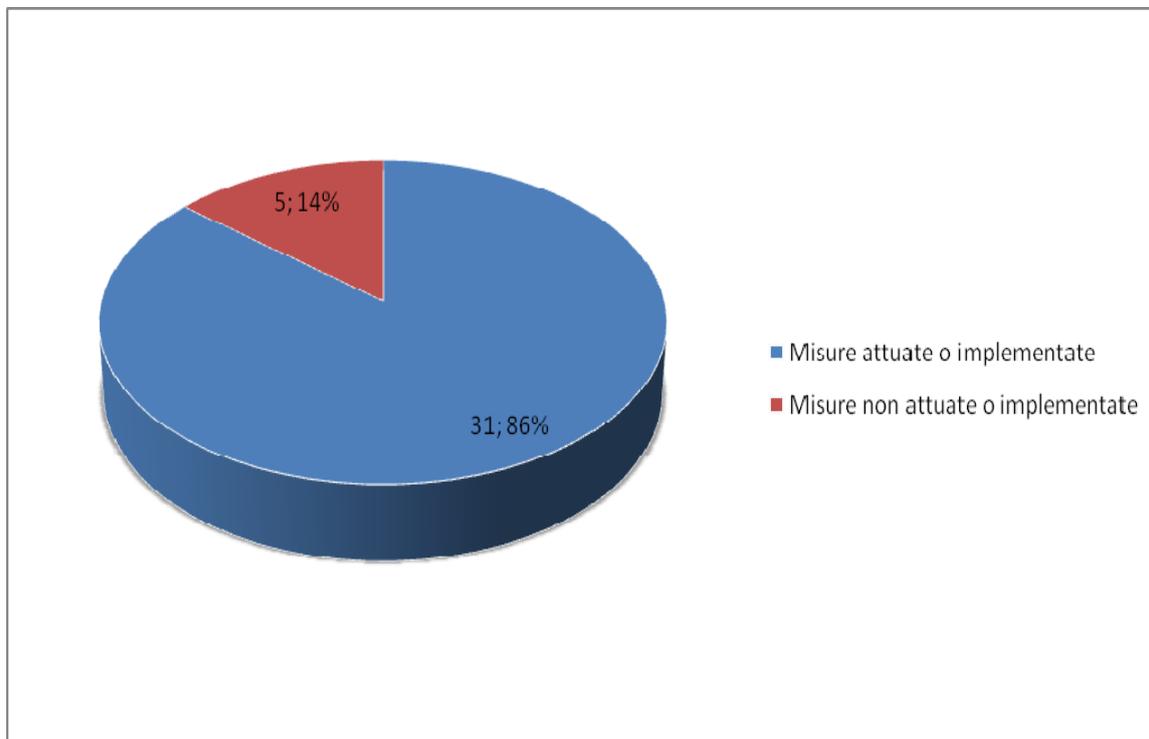
In conseguenza a questa verifica risultava, in sostanza, che le misure individuate non erano più attuali tanto che abbiamo deciso di procedere ad una nuova analisi dei processi sulla base dell'organizzazione aziendale definitiva.

I 5 processi analizzati per cui si è reso necessario un nuovo esame e che pertanto sono stati inclusi nel catalogo dei processi 2018, sono riportati nella tabella sottostante:

PROCESSI IN CORSO DI REVISIONE		
CODICE PROCESSO	NOME DEL PROCESSO	FASCIA DI RISCHIO
FARMAC001	Fatturazione e controllo delle ricette provenienti dalle farmacie territoriali convenzionate	RISCHIO MEDIO
PREVEN001	Controllo ufficiale su stabilimento riconosciuto/registrato che produce e/o commercializza prodotti destinati al consumo umano e/o animale e sul benessere animale	RISCHIO MEDIO
PREVEN002	Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili)	RISCHIO MEDIO
PREVEN003	Controllo di unità locali per motivi di sanità pubblica (collettività scolastiche, strutture recettive, impianti natatori, impianti sportivi, attività di estetica e tatuatore etc..)	RISCHIO MEDIO
RISUMA002	Conferimento incarichi collaborazione	RISCHIO BASSO

Ad eccezione dei suddetti processi , tutti gli altri che facevano parte del catalogo dei processi 2018 presentavano un buon raggiungimento di attuazione delle misure di prevenzione per cui su 22 processi complessivi , risultava **che per DODICI (12) di questi** l'80% delle misure di mitigazione del rischio erano state implementate o attuate e che il restante 20% era in fase di completamento.

*La figura seguente rappresenta in maniera diretta e facilmente intelligibile la visione di insieme riguardo all'attuazione delle misure specifiche di mitigazione del rischio individuate nei processi analizzati nel 2017 e monitorati nel 2018 :*



Nelle tabelle sottostanti è riportato , per ciascun processo sottoposto a monitoraggio, il dettaglio dello stato di attuazione delle relative misure di mitigazione specificando la fase in cui si colloca la misura, la sua descrizione, la data prevista per la sua implementazione e lo stato di attuazione a fine 2018 .

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

Attività	Rischio	Misure di prevenzione	Scadenza	Stato di attuazione
Il RUP predispone 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.	30/06/2018	<b>Non attuato</b> Il 11/01/19 il RESP comunica che: Nel corso dell'anno 2018 è stato applicato il principio di rotazione alle procedure negoziate. In merito agli affidamenti diretti si rileva tuttavia una complessità più elevata per il maggior numero di procedure effettuate ed in considerazione del principio generale di attuare la rotazione sia in bsdr all'importo che alla categoria dei lavori. E' necessario a tal fine acquisire un software in grado di supportare gli operatori in tale gestione e si prevede pertanto l'attuazione della misura anticorruzione entro i primi 6 mesi dell'anno 2019.
Se nell'elenco sono presenti uno o più operatori, il RUP sceglie tra questi l'operatore a cui inviare la richiesta di offerta	Esiste il rischio che il RUP possa favorire un operatore presente all'interno dell'elenco o essere in conflitto di interessi	1) Modifica al regolamento che preveda dettagliatamente come individuare gli operatori da contattare. 2) Il RUP deve compilare una dichiarazione di assenza di conflitti di interessi.	1) 30/06/2018 2) 31/03/2018	<b>Attuato.</b>
Se nell'elenco non sono presenti uno o più operatori il RUP individua sul mercato l'operatore idoneo.	Esiste il rischio che il RUP possa favorire un operatore presente sul mercato o essere in conflitto di interessi	1) Modifica al regolamento che preveda dettagliatamente come individuare gli operatori da contattare. 2) Il RUP deve compilare una dichiarazione di assenza di conflitti di interessi.	1) 30/06/2018 2) 31/03/2018	<b>Attuato.</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.	31/12/2018	<b>Non attuato.</b> Il 11/01/19 il RESP comunica che: E' stata preparata la bozza di avviso per l'iscrizione nell'albo interno ma sono ancora in corso gli ultimi passaggi con i vari RUP aziendali per definire meglio il percorso attuativo. E' necessaria quindi una proroga di qualche mese fino al 30/06,2019 per la completa attivazione del nuovo sistema

<p>Il RUP verifica se nell'elenco aziendale dei fornitori (approvato con delibera ed aperto all'accesso degli eventuali interessati) sono presenti operatori qualificati per svolgere l'attività richiesta. Se non sono presenti si procede con emissione di avviso di manifestazione di interesse aperto a tutti.</p>	<p>Esiste il rischio che il RUP possa favorire un operatore presente nell'elenco, rispetto ad un altro, non attuando il criterio della rotazione ovvero che possa favorire un operatore presente sul mercato o essere in conflitto di interessi</p>	<p>1) Modifica al regolamento che preveda dettagliatamente come individuare gli operatori da contattare.</p> <p>2) Il RUP deve compilare una dichiarazione di assenza di conflitti di interessi.</p>	<p>1) 30/06/2018 2) 31/03/2018</p>	<p><b>Attuato.</b></p>
<p>Sedute di gara - il Responsabile del procedimento di gara della SOC Appalti e Supporto amm/vo (e relativi assistenti) verifica e valuta la documentazione amm/va dei concorrenti e se risulta regolare e conforme alle prescrizioni della lettera di invito comunica l'elenco degli ammessi/esclusi alla Stazione Appaltante affinché il Direttore SOC Appalti e Supporto Amm/vo possa adottare la determina degli ammessi/esclusi. Procede, nella stessa seduta, all'apertura delle offerte economiche, alla formazione della classifica di gara, alla proposta di aggiudicazione in favore della migliore offerta non anomala e alla redazione del verbale della seduta pubblica di gara. Nel caso in cui durante la seduta si renda necessario attivare il soccorso istruttorio viene inviata una lettera all'operatore interessato assegnando un termine non superiore a 10 giorni per fornire i chiarimenti e/o integrazioni richiesti e dichiara chiusa la seduta. Una volta ricevuti i chiarimenti/integrazioni viene effettuata un'ulteriore seduta, con relativo verbale, per la verifica della documentazione integrativa trasmessa e si comunica l'elenco degli ammessi/esclusi alla Stazione Appaltante affinché il Direttore SOC Appalti e Supporto Amm/vo possa adottare la determina degli ammessi/esclusi. A seguire si procede all'apertura dell'offerta economica, alla formazione della classifica di gara ed alla proposta di aggiudicazione in favore della migliore offerta non anomala.</p>	<p>Potenziale disparità di trattamento nella valutazione della documentazione amm/va, nonostante il fatto che le sedute di gara siano telematicamente tracciate.</p>	<p>Effettuazione comunicazioni previste per legge entro 5 giorni agli interessati e contro interessati e pubblicazione su Amministrazione Trasparente per eventuali verifiche e ricorsi.</p>	<p>31/12/2017</p>	<p><b>Attuato.</b></p>
<p>Nei casi in cui non sia stato possibile applicare l'esclusione automatica delle offerte anomale ovvero nel caso di verifica obbligatoria questa abbia evidenziato la presenza di offerte anomale e sia quindi prevista la verifica di congruità</p>	<p>Potenziale disparità di trattamento nella valutazione della congruità dell'offerta</p>	<p>Effettuazione comunicazioni previste per legge agli interessati e contro interessati e pubblicazione determina su Amministrazione Trasparente.</p>	<p>31/12/2017</p>	<p><b>Attuato.</b></p>

dell'offerta obbligatoria o facoltativa, il Responsabile del Procedimento di Gara trasmette al RUP gli esiti delle operazioni di gara al fine di consentirgli l'attivazione della verifica di congruità obbligatoria o di la valutazione in merito all'avvio di quella facoltativa. Il RUP, in presenza di verifica obbligatoria o di valutazione di necessità di attivazione della verifica facoltativa, procede a chiedere le spiegazioni agli operatori interessati e trasmette l'esito degli accertamenti al Responsabile del Procedimento di Gara che provvede a convocare una nuova seduta pubblica per comunicare le eventuali esclusioni e l'aggiudicazione in favore del concorrente che ha presentato la migliore offerta risultata congrua.				
Il RUP procede quindi alla verifica sui costi della manodopera indicati in sede di offerta.	Potenziale disparità di trattamento nella valutazione della congruità dei costi della manodopera	Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare	30/06/2018	<b>Attuato.</b>
Il RUP effettua le verifiche di cui all'art. 16 della L.R. 38/2008 su idoneità tecnico professionale dell'operatore che ha presentato la migliore offerta non anomala	Potenziale verifica effettuata in maniera non accurata	Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare	01/07/2018	<b>Attuato.</b>
Il personale amm/vo della SOC Appalti e Supporto Amm/vo effettua le verifiche sul possesso dei requisiti di ordine generale e speciale da parte dell'aggiudicatario	Potenziale verifica effettuata in maniera non accurata	Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare	01/07/2018	<b>Attuato.</b>
Viene quindi inviata la nota di richiesta all'aggiudicatario dei documenti per stipula contratto.	Potenziale verifica effettuata in maniera non accurata	Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare	01/07/2018	<b>Attuato.</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.	31/12/2018	<b>Non attuato</b> 11/01/19 il RESP comunica che: E' stata preparata la bozza di avviso per l'iscrizione nell'albo interno ma sono ancora in corso gli ultimi passaggi con i vari RUP aziendali per definire meglio il percorso attuativo. E' necessaria quindi una proroga di qualche mese fino al 30,06,2019 per la completa attivazione del nuovo sistema.

<p>Il RUP verifica se nell'elenco aziendale dei fornitori (approvato con delibera ed aperto all'accesso degli eventuali interessati) sono presenti operatori qualificati per svolgere l'attività richiesta. Se non sono presenti si procede con emissione di avviso di manifestazione di interesse aperto a tutti.</p>	<p>Esiste il rischio che il RUP possa favorire un operatore presente nell'elenco, rispetto ad un altro, non attuando il criterio della rotazione ovvero che possa favorire un operatore presente sul mercato o essere in conflitto di interessi</p>	<p>1) Modifica al regolamento che preveda dettagliatamente come individuare gli operatori da contattare.</p> <p>2) Il RUP deve compilare una dichiarazione di assenza di conflitti di interessi.</p>	<p>1) 30/06/2018 2) 31/03/2018</p>	<p><b>Attuato.</b></p>
<p>Sedute di gara - il Responsabile del procedimento di gara della SOC Appalti e Supporto amm/vo (e relativi assistenti) verifica e valuta la documentazione amm/va dei concorrenti e se risulta regolare e conforme alle prescrizioni della lettera di invito comunica l'elenco degli ammessi/esclusi alla Stazione Appaltante affinché il Direttore SOC Appalti e Supporto Amm/vo possa adottare la determina degli ammessi/esclusi. Procede, nella stessa seduta, all'apertura delle offerte economiche, alla formazione della classifica di gara, alla proposta di aggiudicazione in favore della migliore offerta non anomala e alla redazione del verbale della seduta pubblica di gara. Nel caso in cui durante la seduta si renda necessario attivare il soccorso istruttorio viene inviata una lettera all'operatore interessato assegnando un termine non superiore a 10 giorni per fornire i chiarimenti e/o integrazioni richiesti e dichiara chiusa la seduta. Una volta ricevuti i chiarimenti/integrazioni viene effettuata un'ulteriore seduta, con relativo verbale, per la verifica della documentazione integrativa trasmessa e si comunica l'elenco degli ammessi/esclusi alla Stazione Appaltante affinché il Direttore SOC Appalti e Supporto Amm/vo possa adottare la determina degli ammessi/esclusi. A seguire si procede all'apertura dell'offerta economica, alla formazione della classifica di gara ed alla proposta di aggiudicazione in favore della migliore offerta non anomala.</p>	<p>Potenziale disparità di trattamento nella valutazione della documentazione amm/va, nonostante il fatto che le sedute di gara siano telematicamente tracciate.</p>	<p>Effettuazione comunicazioni previste per legge entro 5 giorni agli interessati e contro interessati e pubblicazione su Amministrazione Trasparente per eventuali verifiche e ricorsi.</p>	<p>31/12/2017</p>	<p><b>Attuato.</b></p>
<p>Nei casi in cui non sia stato possibile applicare l'esclusione automatica delle offerte anomale ovvero nel caso di verifica obbligatoria questa abbia evidenziato la presenza di offerte anomale e sia quindi prevista la verifica di congruità dell'offerta obbligatoria o</p>	<p>Potenziale disparità di trattamento nella valutazione della congruità dell'offerta</p>	<p>Effettuazione comunicazioni previste per legge agli interessati e contro interessati e pubblicazione determina su Amministrazione Trasparente.</p>	<p>31/12/2017</p>	<p><b>Attuato.</b></p>

facoltativa, il Responsabile del Procedimento di Gara trasmette al RUP gli esiti delle operazioni di gara al fine di consentirgli l'attivazione della verifica di congruità obbligatoria o di valutazione in merito all'avvio di quella facoltativa. Il RUP, in presenza di verifica obbligatoria o di valutazione di necessità di attivazione della verifica facoltativa, procede a chiedere le spiegazioni agli operatori interessati e trasmette l'esito degli accertamenti al Responsabile del Procedimento di Gara che provvede a convocare una nuova seduta pubblica per comunicare le eventuali esclusioni e l'aggiudicazione in favore del concorrente che ha presentato la migliore offerta risultata congrua.				
Il RUP procede quindi alla verifica sui costi della manodopera indicati in sede di offerta.	Potenziale disparità di trattamento nella valutazione della congruità dei costi della manodopera	Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare	30/06/2018	<b>Attuato.</b>
Il RUP effettua le verifiche di cui all'art. 16 della L.R. 38/2008 su idoneità tecnico professionale dell'operatore che ha presentato la migliore offerta non anomala.	Potenziale verifica effettuata in maniera non accurata	Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare	01/07/2018	<b>Attuato.</b>
Il personale amm/vo della SOC Appalti e Supporto Amm/vo effettua le verifiche sul possesso dei requisiti di ordine generale e speciale da parte dell'aggiudicatario	Potenziale verifica effettuata in maniera non accurata	Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare	01/07/2018	<b>Attuato.</b>
Viene quindi inviata la nota di richiesta all'aggiudicatario dei documenti per stipula contratto.	Potenziale verifica effettuata in maniera non accurata	Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare	01/07/2018	<b>Attuato.</b>
Stipula del contratto mediante scrittura privata o scambio corrispondenza (entro 60 gg. dall'aggiudicazione)	In caso di dichiarazione di urgenza, avvio lavori in assenza di ricezione comunicazione antimafia	Rilascio di autocertificazione da parte della ditta in sostituzione della comunicazione antimafia come previsto dalle vigenti disposizioni	31/12/2017	<b>Attuato.</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	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	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.	31/12/2018	<b>Non attuato.</b> Il 11/01/19 il RESP comunica che: E' stata preparata la bozza di avviso per l'iscrizione nell'albo interno ma sono ancora in corso gli ultimi passaggi con i vari RUP aziendali per definire meglio il percorso

struttura) ; altrimenti propone di procedere all'individuazione di personale esterno.	personale interno			attuativo. E' necessaria quindi una proroga di qualche mese fino al 30,06,2019 per la completa attivazione del nuovo sistema.
<p>Sedute di gara - il Responsabile del procedimento di gara della SOC Appalti e Supporto amm/vo (e relativi assistenti) verifica e valuta la documentazione amm/va dei concorrenti e se risulta regolare e conforme alle prescrizioni della lettera di invito comunica l'elenco degli ammessi/esclusi alla Stazione Appaltante affinché il Direttore SOC Appalti e Supporto Amm/vo possa adottare la determina degli ammessi/esclusi. Procede, nella stessa seduta, all'apertura delle offerte economiche, alla formazione della classifica di gara, alla proposta di aggiudicazione in favore della migliore offerta non anomala e alla redazione del verbale della seduta pubblica di gara. Nel caso in cui durante la seduta si renda necessario attivare il soccorso istruttorio viene inviata una lettera all'operatore interessato assegnando un termine non superiore a 10 giorni per fornire i chiarimenti e/o integrazioni richiesti e dichiara chiusa la seduta. Una volta ricevuti i chiarimenti/integrazioni viene effettuata un'ulteriore seduta, con relativo verbale, per la verifica della documentazione integrativa trasmessa e si comunica l'elenco degli ammessi/esclusi alla Stazione Appaltante affinché il Direttore SOC Appalti e Supporto Amm/vo possa adottare la determina degli ammessi/esclusi. A seguire si procede all'apertura dell'offerta economica, alla formazione della classifica di gara ed alla proposta di aggiudicazione in favore della migliore offerta non anomala.</p>	<p>Potenziale disparità di trattamento nella valutazione della documentazione amm/va, nonostante il fatto che le sedute di gara siano telematicamente tracciate.</p>	<p>Effettuazione comunicazioni previste per legge entro 5 giorni agli interessati e controinteressati e pubblicazione su Amministrazione Trasparente per eventuali verifiche e ricorsi.</p>	<p>31/12/2017</p>	<p><b>Attuato.</b></p>

<p>Nei casi in cui non sia stato possibile applicare l'esclusione automatica delle offerte anomale ovvero nel caso di verifica obbligatoria questa abbia evidenziato la presenza di offerte anomale e sia quindi prevista la verifica di congruità dell'offerta obbligatoria o facoltativa, il Responsabile del Procedimento di Gara trasmette al RUP gli esiti delle operazioni di gara al fine di consentirgli l'attivazione della verifica di congruità obbligatoria o di la valutazione in merito all'avvio di quella facoltativa. Il RUP, in presenza di verifica obbligatoria o di valutazione di necessità di attivazione della verifica facoltativa, procede a chiedere le spiegazioni agli operatori interessati e trasmette l'esito degli accertamenti al Responsabile del Procedimento di Gara che provvede a convocare una nuova seduta pubblica per comunicare le eventuali esclusioni e l'aggiudicazione in favore del concorrente che ha presentato la migliore offerta risultata congrua.</p>	<p>Potenziale disparità di trattamento nella valutazione della congruità dell'offerta</p>	<p>Effettuazione comunicazioni previste per legge agli interessati e controinteressati e pubblicazione determina su Amministrazione Trasparente.</p>	<p>31/12/2017</p>	<p><b>Attuato.</b></p>
<p>Il RUP procede quindi alla verifica sui costi della manodopera indicati in sede di offerta.</p>	<p>Potenziale disparità di trattamento nella valutazione della congruità dei costi della manodopera</p>	<p>Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare</p>	<p>30/06/2018</p>	<p><b>Attuato.</b></p>
<p>Il RUP effettua le verifiche di cui all'art. 16 della L.R. 38/2008 su idoneità tecnico professionale dell'operatore che ha presentato la migliore offerta non anomala.</p>	<p>Potenziale verifica effettuata in maniera non accurata</p>	<p>Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare</p>	<p>01/07/2018</p>	<p><b>Attuato.</b></p>
<p>Il personale amm/vo della SOC Appalti e Supporto Amm/vo effettua le verifiche sul possesso dei requisiti di ordine generale e speciale da parte dell'aggiudicatario</p>	<p>Potenziale verifica effettuata in maniera non accurata</p>	<p>Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare</p>	<p>01/07/2018</p>	<p><b>Attuato.</b></p>
<p>Viene quindi inviata la nota di richiesta all'aggiudicatario dei documenti per stipula contratto.</p>	<p>Potenziale verifica effettuata in maniera non accurata</p>	<p>Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare</p>	<p>01/07/2018</p>	<p><b>Attuato.</b></p>
<p>Stipula del contratto mediante scrittura privata o scambio corrispondenza (entro 60 gg. dall'aggiudicazione)</p>	<p>In caso di dichiarazione di urgenza, avvio lavori in assenza di ricezione comunicazione antimafia</p>	<p>Rilascio di autocertificazione da parte della ditta in sostituzione della comunicazione antimafia come previsto dalle vigenti disposizioni</p>	<p>31/12/2017</p>	<p><b>Attuato.</b></p>

**ARETECO05 - SERVIZI E FORNITURE da euro 40.000,00 ad euro 200,000,00 - procedura negoziata - criterio minor prezzo**

Attività	Rischio	Misure di prevenzione	Scadenza	Stato di attuazione
Il RUP verifica se nell'elenco aziendale dei fornitori (approvato con delibera ed aperto all'accesso degli eventuali interessati) sono presenti operatori qualificati per svolgere l'attività richiesta. Se non sono presenti si procede con emissione di avviso di manifestazione di interesse aperto a tutti.	Esiste il rischio che il RUP possa favorire un operatore presente nell'elenco, rispetto ad un altro, non attuando il criterio della rotazione ovvero che possa favorire un operatore presente sul mercato o essere in conflitto di interessi	1) Modifica al regolamento che preveda dettagliatamente come individuare gli operatori da contattare.  2) Il RUP deve compilare una dichiarazione di assenza di conflitti di interessi.	1) 30/06/2018 2) 31/03/2018	<b>Attuato.</b>
Sedute di gara - il Responsabile del procedimento di gara della SOC Appalti e Supporto amm/vo (e relativi assistenti) verifica e valuta la documentazione amm/va dei concorrenti e se risulta regolare e conforme alle prescrizioni della lettera di invito comunica l'elenco degli ammessi/esclusi alla Stazione Appaltante affinché il Direttore SOC Appalti e Supporto Amm/vo possa adottare la determina degli ammessi/esclusi. Procede, nella stessa seduta, all'apertura delle offerte economiche, alla formazione della classifica di gara, alla proposta di aggiudicazione in favore della migliore offerta non anomala e alla redazione del verbale della seduta pubblica di gara. Nel caso in cui durante la seduta si renda necessario attivare il soccorso istruttorio viene inviata una lettera all'operatore interessato assegnando un termine non superiore a 10 giorni per fornire i chiarimenti e/o integrazioni richiesti e dichiara chiusa la seduta. Una volta ricevuti i chiarimenti/integrazioni viene effettuata un'ulteriore seduta, con relativo verbale, per la verifica della documentazione integrativa trasmessa e si comunica l'elenco degli ammessi/esclusi alla Stazione Appaltante affinché il Direttore SOC Appalti e Supporto Amm/vo possa adottare la determina degli ammessi/esclusi. A seguire si procede all'apertura dell'offerta economica, alla formazione della classifica di gara ed alla proposta di aggiudicazione in favore della migliore offerta non anomala.	Potenziale disparità di trattamento nella valutazione della documentazione amm/va, nonostante il fatto che le sedute di gara siano telematicamente tracciate.	Effettuazione comunicazioni previste per legge entro 5 giorni agli interessati e controinteressati e pubblicazione su Amministrazione Trasparente per eventuali verifiche e ricorsi.	31/12/2017	<b>Attuato.</b>
Nei casi in cui non sia stato possibile applicare l'esclusione automatica delle offerte anomale ovvero nel caso di verifica obbligatoria questa abbia evidenziato la presenza di offerte anomale e sia quindi prevista la verifica di congruità dell'offerta obbligatoria o facoltativa, il Responsabile del Procedimento di Gara trasmette al RUP gli esiti delle operazioni di gara al fine di	Potenziale disparità di trattamento nella valutazione della congruità dell'offerta	Effettuazione comunicazioni previste per legge agli interessati e controinteressati e pubblicazione determina su Amministrazione Trasparente.	31/12/2017	<b>Attuato.</b>

consentirgli l'attivazione della verifica di congruità obbligatoria o di la valutazione in merito all'avvio di quella facoltativa. Il RUP, in presenza di verifica obbligatoria o di valutazione di necessità di attivazione della verifica facoltativa, procede a chiedere le spiegazioni agli operatori interessati e trasmette l'esito degli accertamenti al Responsabile del Procedimento di Gara che provvede a convocare una nuova seduta pubblica per comunicare le eventuali esclusioni e l'aggiudicazione in favore del concorrente che ha presentato la migliore offerta risultata congrua. Il RUP procede quindi alla verifica sui costi della manodopera indicati in sede di offerta.	Potenziale disparità di trattamento nella valutazione della congruità dei costi della manodopera	Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare	30/06/2018	<b>Attuato.</b>
Il RUP effettua le verifiche di cui all'art. 16 della L.R. 38/2008 su idoneità tecnico professionale dell'operatore che ha presentato la migliore offerta non anomala.	Potenziale verifica effettuata in maniera non accurata	Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare	01/07/2018	<b>Attuato.</b>
Il personale amm/vo della SOC Appalti e Supporto Amm/vo effettua le verifiche sul possesso dei requisiti di ordine generale e speciale da parte dell'aggiudicatario	Potenziale verifica effettuata in maniera non accurata	Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare	01/07/2018	<b>Attuato.</b>
Viene quindi inviata la nota di richiesta all'aggiudicatario dei documenti per stipula contratto.	Potenziale verifica effettuata in maniera non accurata	Predisposizione di una check list sulle verifiche da effettuare	01/07/2018	<b>Attuato.</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**

Attività	Rischio	Misure di prevenzione	Scadenza	Stato di attuazione
Istruttoria della pratica	Rischio di attribuzione di vantaggi economici in mancanza dei requisiti o di attribuzione in misura difforme.	Definizione o omogeneizzazione di una o più procedure per il controllo delle pratiche, tenuto conto di quelle esistenti presso gli ambiti territoriali della AUSL Toscana centro	30/06/2018	<b>Non Attuato</b> Il 15/11/18 il RESP riferisce che per quanto attiene all'erogazione dei contributi è stata già predisposta una procedura per alcuni (es SLA) ma anche in questo settore di attività è in corso una riassegnazione della competenza nella gestione che vede coinvolte diverse strutture del dipartimento e altri Dirigenti. Pertanto ritenendo opportuna una gestione unitaria a livello di Azienda Toscana Centro della varie fattispecie e non più a livello di ex ASL 10 e si è programmato di proceduralizzare i vari percorsi entro il prossimo anno (2019), ognuno per la tipologia di contributo che seguirà per l'Azienda di AV.
Emissione dell'ordine di pagamento.	Rischio di attribuzione di vantaggi economici in misura difforme o a soggetti diversi dagli aventi diritto. Privilegiare un soggetto rispetto all'ordine di arrivo della pratica (protocollo aziendale o d'ufficio).	1. Definizione o omogeneizzazione di una o più procedure per l'inserimento dei dati nell'applicativo aziendale che gestisce l'ordine di pagamento e per il relativo controllo. 2. Per l'ambito fiorentino, provvedere alla sottoscrizione dell'elenco UNIDISTINTE a corredo dell'ordine/ricevimento effettuato sull'applicativo in uso.	1. 30/06/2018  2. 31/12/2017	

## DECENT002 - Controllo, verifica e liquidazione dei servizi socio sanitari appaltati a soggetti esterni

Attività	Rischio	Misure di prevenzione	Scadenza	Stato di attuazione
<p>RAS verifica bimestralmente il corretto ed esatto compimento dell'oggetto contrattuale. In caso di deficiente e/o ritardi deve provvedere direttamente con il coordinatore dell'aggiudicatario a riportare la situazione alla normalità. Qualora il disservizio non trova soluzione il RAS deve segnalare per iscritto al DEC che adotta i provvedimenti di competenza in collaborazione con il RES.</p>	<p>Esiste il rischio che il RAS ometta o falsifichi i controlli favorendo l'erogatore del servizio</p>	<p>Definizione di un regolamento per l'effettuazione dei controlli che definisca composizione del gruppo, modalità, documentazione e periodicità.</p>	<p>30/06/2018</p>	<p><b>Il 15/11/18 il RESP riferisce che per servizi appaltati la procedura per tracciabilità e gestione criticità era già stata predisposta e deliberata come ex Asl 10 e rimane tutt'ora valida. Per quanto attiene al regolamento sui controlli, essendo ancora in corso la riorganizzazione delle attività e delle funzioni all'interno del ns. dipartimento nonché dell'Azienda e la individuazione dei nuovi incarichi di posizione organizzativa che comporterà una diversa assegnazione a altro Dirigente della gestione dei servizi socio-assistenziali appaltati, d'intesa con il DEC si sta applicando il regolamento controlli su servizi socio assistenziali esternalizzati deliberato dalla cessata ASL n. 10 di Firenze (del n. 97 del 12.02.2014)</b></p>

## 7. LA TRASPARENZA, L'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO E IL MONITORAGGIO

### L'Azienda a passo con i tempi : di fronte alla nuova trasparenza

In coerenza al principio di trasparenza indicato nella prima versione del decreto 33 veniva stabilito l'obbligo, per le pubbliche amministrazioni e quindi anche per l'Azienda sanitaria, di pubblicare nel sito web in un apposito spazio denominato "Amministrazione trasparente" una serie innumerevole di dati , **concernenti l'organizzazione e l'attività dell'azienda.**

*Il principio ispiratore di tale obbligo faceva riferimento al concetto di trasparenza stabilito nello stesso decreto del 2013 ed inteso - 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".*

In questo modo si consentiva ad i cittadini ed alla collettività di venire a conoscenza di dati che fino allora NON potevano essere divulgati ovvero di quei dati che l'azienda era tenuta a pubblicare sul sito .

Se questo era un considerevole passo avanti rispetto al passato, le informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria **erano però limitate** a quelli che la norma aveva in precedenza stabilito per cui risultavano escluse dalla conoscenza e dalla divulgazione generalizzata , qualsiasi altro dato o documento che non li comprendesse .

Quindi se è vero che si parlava di una nuova e più ampia trasparenza questa però risultava ancora limitata **ad una serie di dati ed informazioni prestabilite dalla legge .**

Per gli altri dati, che non fossero compresi in quelli che era obbligatorio pubblicare, la divulgazione generalizzata non era prevista e restava limitata, al soggetto che era in grado di dimostrare un motivo connesso alla tutela di un suo interesse giuridicamente rilevante (accesso agli atti ai sensi legge 241/1990) .

Nel **2016** si assiste ad una vera evoluzione del sistema : entra, infatti, in vigore il decreto 97 che modifica il decreto 33 del 2013 e che introduce un concetto di trasparenza più radicale, ampio ed incisivo. In coerenza con tale assunto accanto all'obbligo di pubblicare i dati in A.T., **si introduce un nuovo istituto ovvero l'accesso civico generalizzato c.d. il Foia** (freedom of information act) ripreso dai paesi anglosassoni nei quali era già in vigore da moti decenni .

*La trasparenza viene intesa nel 2016 – con il decreto 97 come "accessibilità totale ai dati , alle informazione 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"*

**In sostanza e in breve** ogni soggetto esterno all'amministrazione, cittadino, associazione etc. senza la necessità di una motivazione , senza necessità di possedere un interesse legittimo alla richiesta , può richiedere all' Azienda qualsiasi informazione , dato o documento prodotto o detenuto dall'azienda o in suo possesso nel rispetto di interessi pubblici e privati che la norma, espressamente, stabilisce.

In altre parole l'accesso ovvero la conoscenza , la divulgazione dei dati, delle informazione e dei documenti sono consentiti verso chiunque ne faccia richiesta con il solo limite che a che fare con la tutela di interessi pubblici e privati .

L'eventuale diniego all'accesso deve essere chiaramente motivato ed è possibile che sia rivisto, all'interno della stessa Azienda attraverso l'istanza di riesame al RPCT, prima di percorrere la strada del ricorso amministrativo .

Il RPCT ha 20 giorni di tempi per confermare o meno la decisione di prima istanza.

Con l'introduzione del Foia viene garantito il diritto alla conoscenza universale ovvero si apre il patrimonio informativo verso l'esterno verso i cittadini, le associazioni e la collettività.

Il patrimonio informativo viene così messo a disposizione dei cittadini che in virtù di questa conoscenza sono in grado di interagire consapevolmente con l'organizzazione pubblica, partecipare alla vita istituzionale con lo scopo di tutelare i loro diritti, esercitare forme diffuse di controllo e comunque di avvicinarsi alla amministrazione pubblica per conoscere a pieno le fasi del procedimento di formazione delle decisioni e quindi promuovendo al tempo stesso la responsabilità degli amministratori, dei dirigenti pubblici e dell'operato dei pubblici uffici.

La pubblica amministrazione assumere i contorni di una "casa di vetro".

Il complesso di strumenti che l'ordinamento mette a disposizione dei cittadini e della collettività, ha la finalità di realizzare un'azione amministrativa più democratica e conforme ai canoni costituzionali per superare, in particolare il distacco e le **asimmetrie informative** esistenti tra titolari e destinatari delle funzioni pubbliche che limitano l'effettiva partecipazione degli interessati alla gestione amministrativa e che impediscono la piena realizzazione della libertà e dell'eguaglianza dei cittadini.

Con la riforma del 2016, dunque, il principio di trasparenza **subisce un cambiamento radicale** per cui la conoscenza degli atti, dei documenti, delle informazioni detenuti o prodotti dalla pubblica amministrazione diviene un principio su cui si fonda l'agire pubblico e deve essere tale da consentire alla collettività non soltanto la promozione di forme diffuse di controllo, come stabilito con decreto del 2013, ma anche e soprattutto **allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.**

La trasparenza all'interno delle organizzazioni pubbliche è dunque destinata a divenire sempre di più una misura essenziale ed indispensabile per la prevenzione e per il contrasto di condotte illecite e di fenomeni corruttivi all'interno delle organizzazioni.

Si ribaltano i principi di riferimento che guidano l'azione pubblica: la segretezza o la mancata o parziale divulgazione delle informazioni o la scarsa apertura verso l'esterno, lascia spazio al principio di massima trasparenza per cui la divulgazione generale delle informazioni diventa la regola, mentre l'eccezione diventa la segretezza.

## 7.1. LA PUBBLICAZIONE OBBLIGATORIA DEI DATI E LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA'

Nel 2017, ma soprattutto nel 2018 sono stati fatti passi importanti sotto vari aspetti. Innanzitutto è stata completata la definizione dell'assetto organizzativo di ASL Toscana Centro ed è stata completata la nomina dei Direttori dei Dipartimenti, delle Aree e delle Strutture aziendali.

Questo ha permesso di attribuire **gli obblighi di pubblicazione** previsti dalla normativa sulla Trasparenza ai Dipartimenti e alle Strutture in maniera corretta e quindi pressoché definitiva.

Parallelamente è stato proseguito e completato il processo di **decentramento dell'attività di pubblicazione** dei dati obbligatori su Amministrazione Trasparente. Infatti l'organizzazione precedente che concentrava la pubblicazione di tutti i dati su un unico soggetto, il Settore della Trasparenza appunto, è risultata oggettivamente impossibile vista la quantità enorme di dati oggetto di pubblicazione soprattutto in un'azienda di ampie dimensioni e di vastissime competenze come AUSL T.C.

E' stata quindi riorganizzata la procedura e le modalità di pubblicazione dei dati attribuendo la responsabilità della pubblicazione a livello decentrato anche al fine di individuare specifiche responsabilità riservando al RPCT ed all'ufficio centrale, la competenza di garantire la qualità della documentazione pubblicata assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'Azienda, l'indicazione della provenienza e la riutilizzabilità. (art. 6, comma 1, D.Lgs. 33/2013).

L'attività di decentramento della pubblicazione presso i Dipartimenti è stata possibile dopo una adeguata **formazione/addestramento** da parte del Referente per la Trasparenza del GLP, rivolta al personale individuato dagli stessi Responsabili di Dipartimento. In tutto sono stati formati 20 Referenti per la pubblicazione.

Gli incontri di formazione sono stati anche l'occasione per verificare con le Strutture la qualità del dato e in generale tutto il processo di elaborazione del dato allo scopo di ridefinirlo e migliorarlo per una maggiore comprensibilità e in definitiva una maggiore trasparenza verso l'esterno.

Altro aspetto positivo di questo cambiamento è stata la possibilità di spostare la pubblicazione dei dati là dove questi direttamente si formano e vengono detenuti (presso le Strutture) ma anche di fare in modo che i soggetti interessati alla pubblicazione siano più direttamente responsabilizzati e coinvolti nell'approntare e pubblicare i dati di loro competenza. Questo ha permesso, inoltre, di concretizzare quanto previsto dall'art. 10 comma 1 del D. Lgs 33/2013 e come ribadito da ANAC nella delibera n. 1310/2016 in cui al punto 2. viene specificato che "caratteristica essenziale della sezione della trasparenza è **l'indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili** della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti all'individuazione e/o all'elaborazione dei dati, e **di quelli cui spetta la pubblicazione**. In altre parole, in questa sezione del PTPCT dovrà essere presente, come abbiamo cercato di fare predisponendo la tabella dei dati obbligatori, il nominativo del responsabile della pubblicazione del dato ovvero uno spazio in cui siano espressamente indicati i nominativi dei soggetti e gli uffici responsabili di ognuna delle citate attività."

ANAC al riguardo stabilisce che ".....**sia gli obiettivi strategici in materia di trasparenza,.....sia la sezione della trasparenza con l'indicazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni costituiscono contenuto necessario del PTPCT**. In assenza è configurabile la fattispecie della mancata adozione del Programma triennale della trasparenza per cui l'ANAC si riserva di irrogare le sanzioni pecuniarie ai sensi dell'art. 19, co. 5 del D.l. 90/2014."

L'attività decentrata di pubblicazione prosegue in modo regolare, e consente all'RPCT e al GLP di concentrare la propria attività nella funzione di controllo e monitoraggio.

Come noto, la norma prevede la pubblicazione obbligatoria sul sito istituzionale di tutta una serie di dati per un periodo che, di norma, è di 5 anni.

In seguito ad una verifica sulla metodologia della pubblicazione dei dati, così come era stata organizzata negli anni passati, il RPCT è intervenuto e ha posto le basi per una riorganizzazione dell'intero sistema di pubblicazione. La pubblicazione dei dati sul sito avveniva in modo scarsamente coordinato, confuso e la cui responsabilità di pubblicazione era demandata ad un unico soggetto aziendale dell'ufficio anticorruzione e trasparenza a cui le varie strutture inviavano i dati obbligatori da pubblicare.

Questa organizzazione che appunto concentrava la pubblicazione di tutti i dati su un unico soggetto è risultata oggettivamente impossibile vista la quantità enorme di dati oggetto di pubblicazione soprattutto in un'azienda di ampissime dimensioni e di vastissime competenze come AUSL T.C.

E' stata quindi riorganizzata la procedura e le modalità di pubblicazione dei dati attribuendo la responsabilità della pubblicazione a livello decentrato insieme con le responsabilità di :

- garantire la qualità della documentazione pubblicata assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la facile accessibilità,
- la conformità ai documenti originali in possesso dell'Azienda, l'indicazione della provenienza e la riutilizzabilità,

Al RPCT ed all'ufficio centrale è riservata la competenza sulla verifica dell'attuazione degli obblighi e della loro qualità, il controllo, monitoraggio, consulenza e supporto alle Strutture titolari degli obblighi di pubblicazione. (art. 6, comma 1, D.Lgs. 33/2013)

La funzione del RPCT e del GLP, come previsto anche dalla normativa in materia, ha assunto sempre più un ruolo di coordinamento e monitoraggio dei dati pubblicati più che la funzione di pubblicazione materiale dei contenuti.

E' iniziata progressivamente l'attività di decentramento della pubblicazione presso i Dipartimenti che sono tenuti a trasmettere i dati obbligatori. Ciò si è reso possibile dopo una adeguata formazione del personale individuato dagli stessi Responsabili di Dipartimento.

A questo scopo , con il coinvolgimento delle strutture interessate , sono stati individuati via via i nominativi dei **Responsabili della pubblicazione dei dati** che accanto ai nominativi dei DIR e dei RESP, sono stati indicati nella tabella degli obblighi di pubblicazione allegato n. 2 al Piano .

Questa iniziativa ha consentito e consente di decentrare la pubblicazione dei dati là dove questi direttamente si formano e vengono detenuti (presso le Strutture) in modo tale che i soggetti interessati alla pubblicazione siano più direttamente responsabilizzati e coinvolti nell'approntare e pubblicare i dati di loro competenza. Questo ha permesso , inoltre, di concretizzare quanto previsto dall'art. 10 comma 1 del D. Lgs 33/2013 e come ribadito da ANAC nella delibera n. 1310/2016 in cui al punto 2. viene specificato che "caratteristica essenziale della sezione della trasparenza è **l'indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili** della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti all'individuazione e/o all'elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione. In altre parole, in questa sezione del PTPCT dovrà essere presente , come abbiamo cercato di fare predisponendo la nuova tabella dei dati obbligatori, il nominativo del responsabile della pubblicazione del dato ovvero uno spazio in cui siano espressamente indicati i nominativi dei soggetti e gli uffici responsabili di ognuna delle citate attività."

ANAC al riguardo stabilisce che ".....**sia gli obiettivi strategici in materia di trasparenza,.....sia la sezione della trasparenza con l'indicazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni costituiscono contenuto necessario del PTPCT.** In assenza è configurabile la fattispecie della mancata adozione del Programma triennale della trasparenza per cui l'ANAC si riserva di irrogare le sanzioni pecuniarie ai sensi dell'art. 19, co. 5 del D.l. 90/2014.

### Il rapporto con le strutture che detengono i dati ed il ruolo dei "referenti"

Parallelamente nel 2018 è stato impostato in modo diverso il rapporto con le Strutture che detengono i dati . Il ruolo del RPCT e del GPL si è caratterizzato maggiormente in un atteggiamento più dinamico e proattivo che si è realizzato in una serie di incontri e riunioni con i referenti e i direttori di struttura in maniera analoga a quanto messo in atto per la procedura per la gestione del rischio. Attraverso i continui contatti con i titolari degli obblighi di pubblicazione e con i Referenti di Dipartimento, l'RPCT e il GLP hanno potuto intensificare l'attività di supporto giuridico e di coordinamento dell'attività di pubblicazione.

Fondamentale, a questo scopo, è stato il coinvolgimento sistematico e continuo dei **Referenti per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza (REF)** che hanno collaborato alla corretta attribuzione della titolarità dei dati, alla individuazione dei dati delle strutture di loro riferimento , alla loro elaborazione, trasmissione, e spesso hanno collaborato alla produzione di un dato uniforme per tutta l'Azienda Toscana Centro.

Si ricorda che tali referenti sono stati formalmente nominati con la delibera n. 525 del 13.04.2017 per i Dipartimenti, Risorse Umane, Decentramento, Area Tecnica, Amministrazione Pianificazione e Controllo di Gestione, Staff della Direzione Generale e del Dipartimento della prevenzione.

La collaborazione con i Referenti prosegue in modo molto proficuo, continuo e soddisfacente ed è senz'altro da valorizzare ed ampliare .

Con loro sono stati fatti , soprattutto nel corso del secondo semestre 2017, numerosi incontri che hanno 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 hanno 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 omogeneità dei dati.

### Dati di pubblicazione obbligatoria e l'albero della trasparenza : cosa è stato fatto

Nel corso del 2018, oltre alla definizione delle attività descritte ai paragrafi precedenti che ha comportato un notevole impegno anche temporale, a seguito di un'azione generalizzata di monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione si è ritenuto necessario compiere un particolare approfondimento sui dati di seguito indicati al fine di migliorarne la qualità e la completezza della loro pubblicazione :

- Liste di attesa
- Obblighi di tracciabilità - CIG

Nel primo settore di attività, nel rispetto delle competenze dei Responsabili delle Strutture coinvolte nella pubblicazione dei dati, e in collaborazione con la Direzione Sanitaria, sono stati definiti i dati da pubblicare, la cadenza temporale e l'intero processo di pubblicazione attraverso la definizione delle fasi di estrazione dei dati, elaborazione, validazione e pubblicazione sul sito di ASL Toscana Centro.

Nel secondo settore si è proceduto a completare la formazione dei RUP e dei loro collaboratori all'utilizzo dell'applicativo regionale SITAT 190 previsto per la pubblicazione dei dati in materia di Bandi di gara e contratti.

Tale applicativo permette di pubblicare i dati relativi ai Bandi di gara e contratti gestiti da ATC previsti dalla normativa attraverso una pubblicazione tempestiva dei dati inseriti su SITAT SA o direttamente in SITAT 190.

Alla formazione dei RUP si è affiancata un'attività costante di confronto e consultazione con l'Osservatorio regionale dei contratti per la risoluzione delle problematiche che via via si presentano nell'elaborazione dei dati da pubblicare in materia di attività contrattuale.

**Per quanto riguarda l'albero della trasparenza di Amministrazione Trasparente questo è stato riorganizzato per renderlo più facilmente comprensibile ed accessibile dall'esterno.**

**A questo fine sono state "esplose" le singole categoria che compongono l'albero in modo tale che gli interessati siano in grado di vedere direttamente, nella prima schermata che appare, gli argomenti che sono trattati e contenuti all'interno della singole categorie. Questa nuova e diversa organizzazione dell'albero contribuisce certamente ad una migliore utilizzo dello strumento di conoscenza da parte di tutti gli interessati.**

### Monitoraggio 2018 e risultati di verifica degli obblighi di pubblicazione

Dopo la definizione degli obblighi di pubblicazione e dei titolari della trasmissione e pubblicazione dei dati, è stato necessario impostare un'attività di monitoraggio costante dei dati pubblicati, della loro correttezza, aggiornamento e accessibilità.

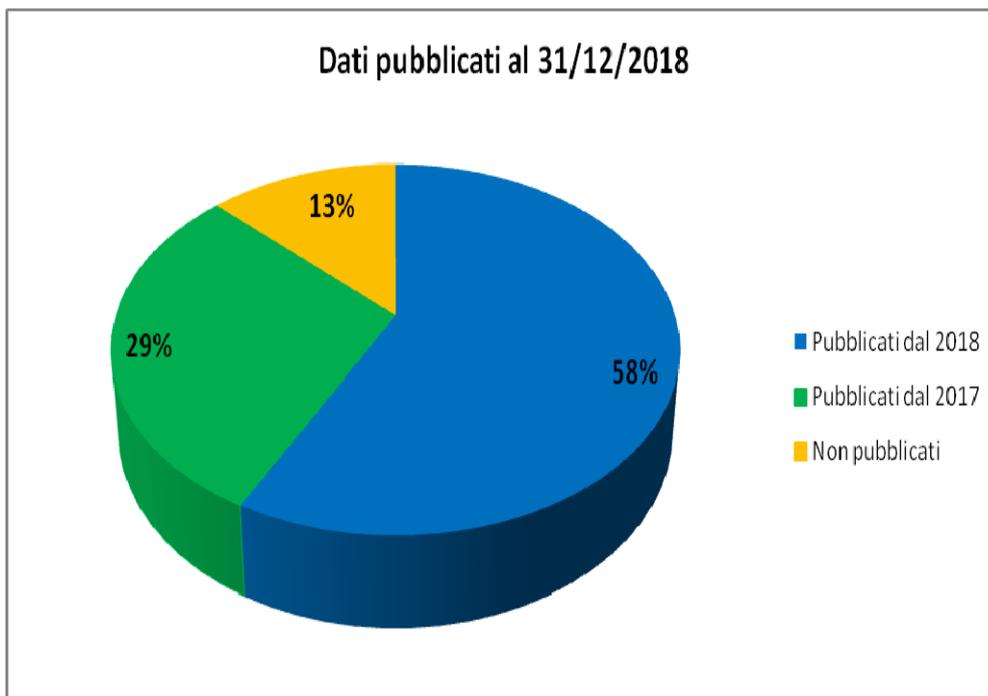
E' stato quindi impostato un sistema di monitoraggio analogo a quello adottato da OIV nell'attività di verifica annuale sugli obblighi di pubblicazione selezionati da ANAC, utilizzando gli stessi criteri di valutazione, e cioè:

- 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 sulle qualità e quantità dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria. Anche in questo settore si è registrato un miglioramento rispetto al 2017: i dati obbligatori pubblicati sono stati l' 87% con un incremento notevole rispetto al 2017 in cui era pubblicato soltanto il 29 % (vedi pag. 70 e seguenti del Piano 2019).

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.

**La figura sottostante illustra l' incremento di dati pubblicati nel 2018 rispetto al 2017:**



#### Verifica 2018 da parte dell'O.I.V.

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 nella parte 2 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 18 aprile 2018 rilasciando parere positivo, attestando che:

- l'Azienda ha individuato misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati in 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.

#### La Giornata della Trasparenza

Il 6 dicembre 2018 è stata organizzata la prima Giornata della Trasparenza di AUSL T.C. che ha rappresentato l'occasione per fare il punto – davanti alle associazioni, cittadini, istituzioni (era presente l'assessore regionale alla sanità etc.) su come l'Azienda ha risposto ed ha affrontato le nuove competenze in materia di trasparenza e di accesso civico generalizzato poste in particolare dalla normativa del 2016. Per un approfondimento si rinvia a quanto già descritto nella parte 5 del Piano sezione 5.5.

#### Obiettivi programmati per il 2019

Per il 2019 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 il completamento degli obblighi di pubblicazione ed il miglioramento della qualità dei dati pubblicati
- Consolidamento dell'attività di monitoraggio trimestrale
- Formazione tradizionale (in aula) sulle misure per la trasparenza e sull'accesso civico generalizzato rivolta soprattutto al personale dei Dipartimenti amministrativi, più coinvolti nella pubblicazione dei dati

- Formazione a distanza sulle tematiche dell'anticorruzione e della trasparenza. E' stato messo a punto un corso fad di tipo avanzato, rivolto al personale dirigente e alle figure professionali di 7° e 8° livello, in corso di attivazione sulla piattaforma e-learning del FORMAS (Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria)

## 7.2. ACCESO CIVICO GENERALIZZATO (Foia) 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 informazione 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.

Consapevoli di questa rilevanza è stato approvato il regolamento aziendale in materia con delibera DG D.G. n 1284 del 26.10.2017

Dopo un primo periodo per attestare la validità della nostra organizzazione si può affermare che nel 2018 il sistema si è definitivamente consolidato ed ha confermato la validità di avere scelto un'organizzazione centralizzata **dell'accesso** individuando l' Ufficio relazioni con il pubblico come struttura organizzativa aziendale competente a gestire e coordinare l'intero percorso dall'inizio alla fine e dunque garantire anche una uniformità di soluzione alla varie domande che potevano pervenire.

Azienda USL Toscana Centro infatti - in linea con i principi riportati nelle "Linee guida approvate da Anac , con delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016 - anche al fine di rafforzare il coordinamento dei comportamenti dell'Amministrazione sulle richieste di accesso civico generalizzato, aveva individuato l'Ufficio Relazioni con il pubblico quale ufficio unico competente per la gestione della procedura di accesso generalizzato che, ai fini istruttori, dialoga con le strutture organizzative aziendali che detengono i dati/documenti/informazioni richiesti.

L'URP, al quale le richieste di accesso arrivano direttamente Per le istanze di accesso e per agevolare il percorso riguardo alla loro presentazione, è stato attivato un indirizzo mail specifico : [accessocivico@uslcentro.toscana.it](mailto:accessocivico@uslcentro.toscana.it) .

Nell'organizzazione la struttura ha un ruolo fondamentale in quanto provvede, entro il termine improrogabile di 30 giorni, ad :

- esaminare la richiesta, valutare , l'eventuale esistenza di interessi pubblici e privati che ne impedissero l' accoglimento, verificare la presenza di eventuali controinteressati da coinvolgere nel procedimento;
- richiedere i dati che i vari soggetti/strutture organizzative che li detengono, interloquisce con questi per gli aspetti relativi alla risposta da fornire e ne verifica loro completezza e qualità rispetto alla richiesta
- concludere il procedimento con provvedimento espresso e motivato e porre particolare attenzione alla motivazione in caso di rifiuto , limitazione e differimento della richiesta .

La scelta di individuare l'URP è stata positiva perché oltre che garantire un indirizzo coordinato a livello aziendale aveva già acquisito un'esperienza preziosa nel rapporto con la collettività e con i singoli cittadini interessati a vari livelli ad informazioni o interventi .

L'interessato, tuttavia , se lo ritiene opportuno può trasmettere l'istanza di accesso generalizzato anche all'indirizzo PEC aziendale [direzione.uslcentro@postacert.toscana.it](mailto:direzione.uslcentro@postacert.toscana.it). In questo caso l'ufficio che gestisce la Pec aziendale è tenuto a trasmettere la richiesta per competenza all'URP , di norma, entro lo stesso giorno .

Un altro aspetto importante è la rilevanza che il regolamento ha dato alla tenuta del Registro di accesso civico generalizzato (art. 20 ) da pubblicare con cadenza trimestrale 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.

### Attività 2017 e 2018 : richieste di accesso generalizzato e risultato del riesame

**Nel 2017** sono pervenute 16 richieste di accesso generalizzato di cui :

- 1 richiesta da Associazioni
- 15 richieste da privati

2 richieste di riesame  
quindi su 16 richieste di accesso  2 richieste di riesame

**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  
quindi su 20 richieste di accesso  4 richieste di riesame

Confrontando i dati 2017 – 2018 , si 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 .

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 .

## Attività 2019

per il 2019 il nostro impegno è di consolidare, sviluppare e migliorare l'organizzazione data e quanto fatto fin

- Prosecuzione del rapporto di collaborazione e supporto, anche giuridico, ai Dipartimenti, Strutture e Referenti per la pubblicazione, per il completamento degli obblighi di pubblicazione ed il miglioramento della qualità dei dati pubblicati
- definire gli aspetti ancora da limare e migliorare per la pubblicazione e l'accesso
- sviluppare l'attività di monitoraggio
- sviluppare la formazione in aula e a distanza e far circolare sempre di più in azienda il principio della trasparenza affinché gli adempimenti non risultino soltanto un obbligo da adempiere ma anche qualcosa che fa bene a noi come alla collettività .

## Nomina del RASA aziendale

**In questa sezione del Piano DEDICATA ALLA "Trasparenza" si da conto della nomina del Responsabile dell'Anagrafe Unica per la Stazione Appaltante (RASA) disposta ai sensi della delibera del Direttore Generale n. 1592 del 31 ottobre 2018.**

**IL RASA è stato individuato nella persona del dirigente amministrativo, dr. Massimo Martellini, il Direttore della SOC Appalti e Supporto afferente al Dipartimento dell'Area Tecnica.**

## **8. ALLEGATI AL PIANO**

### **8.1. ALLEGATO n. 1 – Catalogo dei processi 2019**

### **8.2. ALLEGATO 2 – Tabelle di pubblicazione dei dati obbligatori suddivise per Dipartimento e strutture**

### **8.3. ALLEGATO 3 - Regolamento aziendale per la gestione del Conflitto di interessi**