

	Azienda USL Toscana Centro PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA 2018-2020	
--	--	--

PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA 2018-2020

DATA emissione	Redatto	Verificato	Approvato	Controllato
18/01/2018	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza Rossella Centoni Gruppo di lavoro permanente anticorruzione/trasparenza (Gianluca Nappo, Benedetta Ninci, Cristina Casini)	Direttore Staff ing. Valerio Mari	Direttore Generale Dr. Paolo Morello Marchese	pubblicazione on line : raccolta ed esame delle osservazioni degli "stakeholders"

Valenza documentale	Aziendale	Presidio/ Distretto	Dipartimento	Unità organizzat.	Interdipart	Interaziend.
	X					

Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione	Riunioni
	X	X	X

Storia del documento	data	Numero revisione	Tipo di revisione
		0	Prima emissione

Sommario

INTRODUZIONE	6
Premessa al Piano 2018 – 2020	6
Procedimento di adozione del Piano	7
1. PARTE PRIMA : IL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO, IL PIANO E IL SISTEMA AZIENDALE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA, I SOGGETTI COINVOLTI, IL COORDINAMENTO DEGLI RPCT DELLA REGIONE TOSCANA	8
1.1. Il Contesto esterno : “una complessa rete di relazioni”	8
1.1.1. a) Estratto dal rapporto Agenas 2015 sulla trasparenza , etica e legalità nel settore sanitario	8
1.1.2. b) Estratto dalla “Relazione scientifica relativa alla ricerca sui fenomeni di corruzione e di criminalità organizzata in Toscana” della Scuola Normale di Pisa	10
1.1.3. c) Estratto dal “Rapporto sulla corruzione in Italia di Istat del 12 ottobre 2017”	11
1.2. Il Contesto interno: AUSL Toscana Centro, un’organizzazione complessa.....	13
1.2.1. I dati e le principali caratteristiche dell’organizzazione	13
I Dipartimenti , le Aree dipartimentali e le strutture organizzative.....	16
1.3. Il Sistema aziendale e il Piano Anticorruzione e trasparenza 2018 -2020	18
1.3.1. Introduzione : l’anticorruzione e la trasparenza	18
1.3.2. Il Piano Anticorruzione e il coordinamento con il Piano delle Performance.....	19
1.3.3. L’organizzazione interna del Piano anticorruzione/trasparenza 2018 – 2020:.....	20
1.3.4. Miglioramento continuo	22
1.4. I soggetti che interagiscono nel sistema aziendale di anticorruzione e trasparenza	24
1.4.1. Il Direttore Generale (Organo di direzione e di indirizzo) e gli obiettivi strategici.....	24
1.4.2. Il Responsabile Anticorruzione Trasparenza	24
1.4.3. Il Gruppo di lavoro permanente per l’anticorruzione e trasparenza: il lavoro di team	25
1.4.4. I Direttori di Dipartimento , di Staff e i Direttori di struttura	25
1.4.5. I Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (REF): un’ esperienza positiva	26
1.4.6. Le procedure : il nuovo approccio con i soggetti e le strutture	28
1.4.7. Altri soggetti aziendali che collaborano nel sistema in base alla normativa di riferimento:	28
L’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)	28
L’Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) e l’attività del 2017 ,.....	29
Il R.A.S.A aziendale.....	29
1.5. Il Coordinamento degli RPCT delle Aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Toscana	30

2.	PARTE SECONDA : LA GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE, LA MAPPATURA, L'ANALISI DEI PROCESSI E L'INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	32
2.1.	Introduzione: il processo e la gestione del rischio	32
2.2.	Mappature dei processi: approfondimento e applicazione dei principi di completezza e di analiticità	33
2.3.	Valutazione, analisi ed individuazione delle misure specifiche di mitigazione del rischio	34
2.4.	I processi a maggior rischio mappati nel 2017	35
2.5.	La scheda di analisi dei processi	37
2.6.	Istruzioni operative per l'attuazione della procedura per la mappatura e analisi dei processi	37
3.	PARTE TERZA : LE MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE	41
	Introduzione: le misure generali di prevenzione	41
3.1.	La Formazione	41
	La formazione effettuata nel 2017 e verifica dell'attività	41
	Programma formativo per l'anno 2018	43
	Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità	44
3.2.	Il Codice di comportamento dei dipendenti AUSL T.C.	44
	I contenuti del Codice, l'ambito di applicazione e l'attività 2017	44
	La programmazione anno 2018 : Proposta di integrazione del Codice di comportamento dei dipendenti per l'utilizzo dei social media	45
	Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità	46
3.3.	Gestione del whistleblowing	46
	Attività e segnalazioni 2017	46
	La programmazione anno 2018	47
	Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità	47
3.4.	Gestione del conflitto di interessi e sue declinazioni	47
	Introduzione: il concetto di conflitto di interesse del dipendente pubblico	47
	Il Conflitto di interesse nel Codice di Comportamento	48
	La declinazione del conflitto di interessi	49
	3.4.1. Informativa dei dipendenti ai sensi dell'art. 5, e 6 e obbligo di astensione ai sensi dell'art. 7 del Codice di comportamento (ex DPR 62/2013)	49
	Introduzione : l'obbligo di comunicazione di astensione	49
	Attività 2017 : programmazione per la raccolta delle comunicazioni dei dipendenti	51
	Attività 2018 : attuazione della procedura	52

Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità.....	52
3.4.2. Le comunicazione dei dipendenti che fanno parte di Commissioni di gara e concorsi.....	52
Attività svolta nel corso del 2017 : commissioni Estar – attività 2018	53
Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità.....	53
3.4.3. Autorizzazioni per lo svolgimento di attività extra-istituzionali (verifica preventiva sulla presenza o meno di conflitto di interessi).....	53
Introduzione : normativa di riferimento.....	53
Attività svolta nel corso del 2017 e sviluppi 2018	54
Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità.....	55
3.4.4. Attività del dipendente successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage) (verifica sulla presenza o meno di conflitto di interessi)	55
Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità.....	56
3.4.5. Rotazione del personale e criticità connesse al settore sanitario.....	56
3.5. Rapporti con gli stakeholder	57
4. PARTE QUARTA : IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO GENERALI DEL SISTEMA	60
Monitoraggio 2017	60
Azioni specifiche di miglioramento del sistema :.....	61
Programma per l’attività di monitoraggio 2018	62
5. PARTE QUINTA : LA TRASPARENZA E L’ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO	64
Introduzione : il principio generale di trasparenza	64
5.1. Obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente e il nuovo Albero della Trasparenza.....	64
5.1.1. Il nuovo Albero della trasparenza della AUSL T.C.....	64
5.1.2. Riorganizzazione dell’attività di pubblicazione	65
5.1.3. Il nuovo approccio con le strutture che detengono i dati ed il ruolo dei “referenti”	66
5.1.4. Azioni specifiche 2017.....	67
5.1.5. Azioni di miglioramento per il 2018	67
5.1.6. Istruzioni operative per la procedura di pubblicazione dei dati obbligatori.....	67
5.2. L’accesso civico in Azienda	70
5.2.1. L’Accesso civico semplice.....	70
5.2.2. L’accesso civico generalizzato : elementi che facilitano il rapporto con gli utenti.....	71
5.2.3. Riesame sulle richieste di accesso civico generalizzato 2017	72
Tabella riassuntiva sull’ esito del riesame 2017.....	73

6.	PARTE SESTA : ALLEGATI AL PIANO	74
6.1.	Allegato n. 1 – Elenco dei processi analizzati nel 2017	74
6.2.	Allegato n. 2 – Tabelle di pubblicazione dei dati obbligatori e le relative responsabilità	74

INTRODUZIONE

Premessa al Piano 2018 – 2020

Questo Piano è il secondo Piano di Prevenzione della corruzione e della trasparenza dell’Azienda USL Toscana Centro e costituisce l’aggiornamento annuale, per l’anno 2018, con scorrimento al 2020.

Si presenta in una veste molto rinnovata rispetto al Piano 2017 – 2019 sia perchè è un documento elaborato sulla base di uno scenario organizzativo aziendale in trasformazione come meglio illustrato nel prosieguo, sia perché, in base all’esperienza acquisita, abbiamo ritenuto di presentare un piano maggiormente caratterizzato da elementi di concretezza e fattibilità nel quale si da conto delle attività realizzate nel 2017, degli aggiustamenti ritenuti necessari e attivati in corso d’opera e dei programmi e impegni futuri caratterizzati da un maggiore livello di attendibilità e probabilità di realizzazione.

Un Piano più snello, composto da un numero più contenuto di pagine con l’obiettivo di farne un documento “aperto”, leggibile non soltanto dagli addetti ai lavori, uno strumento chiaro e semplice.

All’ elemento di forte innovazione organizzativa interna, definito con l’attribuzione delle nuove responsabilità di direzione delle strutture organizzative, si sono aggiunte una serie di novità legislative, altrettanto rilevanti, quali “*Il nuovo Codice dei contratti pubblici* (Dlgs 8 aprile 2016, n. 5) la “*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza* (Dlgs 97/2016) in particolare l’introduzione dell’accesso civico generalizzato, la nuova legge 179 del 30 novembre 2017 sulla tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing) etc. che hanno ed avranno, sempre più nel corso dei prossimi anni, un impatto significativo sui processi e sull’intera organizzazione aziendale che deve predisporre, quindi, per affrontare con sempre maggiore efficacia le nuove sfide che l’attendono.

Questo contesto, in continuo fermento, ha prodotto modifiche significative sull’attività delle nuove strutture organizzative sia in termini di attribuzione di competenze, che di riconfigurazione di alcune tra le più rilevanti attività dell’amministrazione e ha reso ancora più stringente la necessità accelerare i processi, già iniziati negli anni passati, di unificazione dei procedimenti, procedure, regolamenti etc. preesistenti presso le ex AUSL Firenze Pistoia, Prato ed Empoli, confluite in AUSL Toscana Centro, dal 1° gennaio 2016.

Tale contesto ha avuto, necessariamente, riflessi importanti anche sull’attività che riguarda l’anticorruzione e la trasparenza; tuttavia misure, sia specifiche che generali di prevenzione della corruzione, sono state individuate e portate avanti nel corso del 2017, come illustrato nelle apposite parti del Piano, prevedendo per il prossimo futuro azioni ed interventi di miglioramento che sono state ritenute opportune in seguito di un’analisi di assessment generalizzata che ha riguardato, in particolare, la gestione del rischio e la pubblicazione dei dati obbligatori, in un’ottica di miglioramento continuo che caratterizza il sistema.

Tali azioni, che nel 2018, troveranno una loro più ampia attuazione, hanno, in primo luogo, l’obiettivo di portare gradualmente a compimento, le misure di prevenzione previste e programmate quanto più possibile concrete, realistiche e calibrate in base alle caratteristiche specifiche dell’organizzazione al fine di evitare che le misure indicate nel Piano rimangano una previsione astratta e senza alcuna concreta applicazione.

Procedimento di adozione del Piano

Il Piano è adottato con Delibera del Direttore Generale, su proposta del R.P.C.T., in conformità all'art. 1, comma 8, della Legge 190/2012.

Prima della sua approvazione, la proposta di Piano è stata pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda, nella sezione "Amministrazione Trasparente" e comunicata alla Regione Toscana, in conformità alle indicazioni contenute nella comunicazione del 24/09/2015, affinché fosse valutata dagli stakeholder interni (Direzione Aziendale, Collegio Sindacale, OIV, dipendenti, collaboratori a qualsiasi titolo, etc.) e dagli stakeholder esterni (associazioni rappresentate nel consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti ed altri portatori di interesse).

Gli esiti delle consultazioni sono stati tenuti in considerazione nella formulazione della versione definitiva del documento.

Il Piano, oltre ad essere pubblicato sul sito Amministrazione Trasparente, sarà inviato via mail a tutti i dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

I successivi aggiornamenti seguiranno lo stesso iter di adozione descritto sopra.

1. PARTE PRIMA : IL CONTESTO ESTERNO ED INTERNO, IL PIANO E IL SISTEMA AZIENDALE ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA, I SOGGETTI COINVOLTI, IL COORDINAMENTO DEGLI RPCT DELLA REGIONE TOSCANA

1.1. Il Contesto esterno : “una complessa rete di relazioni”

Per l’analisi del contesto esterno oltre a fare riferimento a quanto già riportato nel Piano 2017-2019 in merito alla situazione sulla criminalità presente nel territorio di riferimento aziendale come risulta dal rapporto Statistiche di Forze di Polizia (SDI - Ministero Interno) , in questo Piano si vuole segnalare, al fine di una maggiore comprensione del fenomeno corruttivo, quanto riportato nei documenti di seguito indicati che, per approfondimento e serietà di ricerca, rappresentano senz’altro studi di particolare utilità ed interesse.

- a) il **“Rapporto Agenas 2015 sulla trasparenza , etica e legalità nel settore sanitario”**
- b) la **“Relazione scientifica relativa alla ricerca sui fenomeni di corruzione e di criminalità organizzata in Toscana”** (Versione aggiornata al 31/06/2017) della Scuola Normale Superiore di Pisa ;
- c) il **“Rapporto sulla corruzione in Italia”** di Istat del 12 ottobre 2017

Nel rinviare alla lettura completa dei documenti per una visione esaustiva dei fatti, in questa sede ci limitiamo a riportare dei brevi estratti da queste ricerche che più aiutano a comprendere il contesto esterno .

1.1.1. a) Estratto dal rapporto Agenas 2015 sulla trasparenza , etica e legalità nel settore sanitario

“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.

La Rete Europea contro le Frodi e la Corruzione nel Settore sanitario, un’organizzazione non profit il cui principale obiettivo è contrastare frodi, corruzione e sprechi in sanità, stima che in Europa circa il 6% del budget per la sanità sia assorbito dalla corruzione. Se si escludono valutazioni sporadiche, non sono disponibili stime certificabili con specifico riferimento alla realtà italiana.

Il tema merita attenzione anche perché nel settore sanitario la corruzione produce effetti non solo economici (in particolare sulle finanze pubbliche), ma anche sulla salute delle popolazioni: riduce l’accesso ai servizi, soprattutto fra i più vulnerabili; peggiora in modo significativo – a parità di ogni altra condizione - gli indicatori generali di salute ed è associata a una più elevata mortalità infantile.

Più in generale, le varie forme di illegalità messe in atto nel settore sanitario non si limitano a sottrarre risorse ai programmi di assistenza, ma minano la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone. Per tale ragione l’affermazione della legalità e dell’integrità nel settore sanitario deve costituire un impegno prioritario per i responsabili delle politiche pubbliche, soprattutto in un momento in cui le istituzioni sono percepite come molto lontane dai loro problemi quotidiani dai cittadini.

Un'adeguata attenzione al tema, a livello generale e nel settore sanitario, non può essere rimessa prevalentemente – come accaduto fino ad oggi – alle Autorità e agli Organi con funzioni giudiziarie, di vigilanza, di controllo e ispettive, ma necessita di una “presa di coscienza” da parte di tutta la società civile. Solo più recentemente, alcune importanti evidenze provengono da alcune iniziative di approfondimento su caratteristiche, cause, rimedi ed effetti degli illeciti nei diversi settori della sanità che dimostrano come l'opacità dei bilanci e dei sistemi di controllo e la confusione amministrativa facilitano la nascita di interessi illeciti e di collusioni nel sistema sanitario. Tra le aree più a rischio, indicate da ANAC nell'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) nell'Approfondimento Sanità, la selezione del personale (fortemente esposta alle spinte clientelari), la gestione degli accreditamenti e la fornitura di prestazioni (sovrafatturazioni, fatturazione di prestazioni non necessarie, ecc.), l'acquisto di beni (dalle modalità di selezione del fornitore fino ai pagamenti), i contratti di opere e lavori, le sperimentazioni dei farmaci, ecc.

Le numerose iniziative in corso presso le aziende sanitarie, anche in attuazione delle recenti normative in tema di trasparenza e lotta alla corruzione, impongono un approccio che in nessun caso deve limitarsi a un mero adempimento burocratico ma che deve porsi l'obiettivo di aumentare il livello di integrità in tutte le aree della sanità pubblica e privata, anche a difesa della sostenibilità del sistema sanitario.

Il benessere di una popolazione dipende in larga misura dalle azioni concrete adottate per sostenere lo sviluppo socio-economico, contrastare la povertà e l'esclusione sociale, ridurre le disuguaglianze, promuovere e sostenere la salute. Nel nostro Paese, la tutela della salute è un diritto riconosciuto come fondamentale dall'articolo 32 della Costituzione e rappresenta, in particolare oggi, anche a fronte della perdurante crisi economico finanziaria, un impegno per tutta la collettività. Dal 1978, in Italia, la tutela della salute è assicurata concretamente dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), un sistema che ormai da oltre 30 anni mira a garantire prevenzione e assistenza a chi ne ha bisogno, senza discriminazioni di sorta, in tutto il territorio nazionale.

La sanità è un sistema costituito da una fitta rete di regole, relazioni, capacità e volontà, che deve essere in grado di prendersi cura delle persone in modo ineccepibile, garantendo accoglienza, conforto, assistenza, accudimento, sicurezza, efficacia clinica, appropriatezza, e accuratezza di informazione in osservanza delle norme e dei principi etici.

Nel sistema sanitario si interfacciano professionisti, persone, imprese, associazioni, istituzioni, regolate attraverso differenti e numerose tipologie di collaborazione, facenti riferimento ad una ricca e complessa normativa. La rete di relazioni si sviluppa tra una molteplicità di attori, che fanno riferimento a quattro gruppi principali:

- operatori della salute a tutti i livelli (infermieri, medici, professionisti sanitari delle diverse specialità, tecnici, biologi, fisici, amministrativi, ingegneri, giuristi, manager ma anche volontari, associazioni di pazienti e familiari, etc.);
- fornitori del mondo della sanità (aziende farmaceutiche e biomedicali, ma anche fornitori di servizi di varia natura dai servizi di vigilanza allo smaltimento dei rifiuti);
- decisori a livello politico (nazionale, regionale, locale) e a livello tecnico (direttori generali di assessorati e aziende sanitarie), in grado di muovere una grande quantità di risorse umane ed economiche;
- destinatari dei servizi, non solo i pazienti ma l'intera collettività e le loro associazioni e rappresentanze.

Per citare alcuni dati, nel Servizio Sanitario Nazionale lavorano oltre 700 mila unità di personale, di cui 665 mila dipendenti a tempo indeterminato, 34 mila con rapporto di lavoro flessibile e 17 mila personale universitario. A questo si aggiunge il personale che opera nelle strutture private (accreditate e non) e, più in generale, nell'industria della salute, fra i quali i 222 mila occupati nella filiera del farmaco (produzione, indotto e distribuzione). La sanità è quindi un settore ad alta intensità di lavoro, in gran parte molto qualificato. A tenere insieme tutti questi soggetti sono le relazioni funzionali che si stabiliscono tra gli stessi, mediate dalle regole del settore pubblico, dalle norme generali, dal sistema di valori di ciascuno e da molteplici interessi. All'interno di questa rete di relazioni, le regole concorrono al corretto funzionamento del sistema,

con il superiore fine di tutelare il benessere delle persone, siano esse destinatarie dei servizi o lavoratori, e più in generale dell'intera collettività.

Il funzionamento del sistema dipende anche dalla capacità di tutti i soggetti a partecipare e operare con equilibrio e trasparenza, senza cedimenti e tentennamenti, evitando i rischi che un settore così complesso naturalmente presenta e portando alla luce ogni fenomeno di opacità e illegalità, specie in un momento, come quello attuale, in cui la crisi economico finanziaria costituisce condizione predisponente non solo nell'accentuare le disuguaglianze, ma anche nel rendere meno equo e solidaristico lo stesso sistema sanitario e l'accesso ai servizi di cura.

1.1.2. b) Estratto dalla “Relazione scientifica relativa alla ricerca sui fenomeni di corruzione e di criminalità organizzata in Toscana” della Scuola Normale di Pisa

I settori di maggiore vulnerabilità: appalti, sanità, controlli. I tre settori nei quali si concentra la grande maggioranza degli eventi di corruzione in Toscana nel corso del 2016 sono appalti, sanità, controlli. L'attività contrattuale per la realizzazione di opere pubbliche, forniture e servizi è il contesto nel quale le pratiche di corruzione sembrano trovare terreno particolarmente propizio, specie se gli appalti riguardano il settore sanitario (caratterizzato più frequentemente da asimmetrie informative, condizioni monopolistiche legate a brevetti su farmaci e macchinari, condizioni di emergenza, etc.), oppure entrano in gioco le cosiddette “grandi opere”, in relazione alle quali alcune criticità emergono in tutta evidenza con la figura del general contractor (contraente generale), che può esercitare un indebito condizionamento sui soggetti cui è delegata la funzione di controllo sul suo operato, da lui preliminarmente selezionati e successivamente retribuiti. La casistica di indicatori di anomalia e altre distorsioni nei processi decisionali registrata nel corso delle inchieste rispecchia in buona parte quella individuata dall'Anac nella sezione della determinazione n.12 28 ottobre 2015, integrazione del Piano nazionale anticorruzione, dedicata agli appalti. In breve, tali anomalie – che nei casi approfonditi appaiono potenzialmente associate a eventi di corruzione, sono:

- a. presenza rilevante di contenzioso amministrativo nella procedura;
- b. impiego di procedure decisionali caratterizzate da urgenza, emergenza, eccezionalità (reali o costruite strumentalmente per il conseguente allentamento dei controlli);
- c. utilizzo abnorme di procedure negoziate, affidamento diretto, trattativa privata, anche in assenza delle condizioni previste dalla normativa;
- d. utilizzo della procedura di aggiudicazione all'offerta economicamente più vantaggiosa invece di quella al prezzo più basso, mediante inserimento di voci valutabili con elevata discrezionalità;
- e. impiego estensivo di varianti in corso d'opera – la cui necessità futura è comunicata soltanto al concorrente che potrà così potuto formulare l'offerta più bassa;
- f. frazionamento artificioso dei contratti in un arco temporale ristretto in modo da restare al di sotto della soglia comunitaria che richiede un bando di gara pubblica;
- g. nomine di direttori dei lavori influenzate (formalmente o informalmente) dagli appaltatori;
- h. “bandi fotocopia”, elaborati in modo da rispecchiare con precisione (“fotocopiandole”) le caratteristiche specifiche dell'impresa designata quale futura vincitrice della gara ovvero dei prodotti da essa offerti, in alcuni casi grazie alla collaborazione dei tecnici della medesima ditta nella stessa definizione dei bandi;
- i. regolarizzazione ex-post di “offerte anomale”;
- j. partecipazione di concorrenti fittizi alle gare;
- k. affidamento di lavori in subappalto a ditte che avevano partecipato alla gara, ovvero contigue a funzionari pubblici;
- l. lievitazione significativa del prezzo finale pagato per la realizzazione dell'opera rispetto a quello previsto al momento dell'aggiudicazione (vedi punti e. e g.);
- m. proroghe ingiustificate o giustificate artificiosamente nei contratti per l'offerta di servizi pubblici

Per quanto riguarda il settore sanitario, invece, la tipologia degli eventi di corruzione emersi nel territorio toscano nel periodo considerato sembra confermare l'elevata vulnerabilità di alcuni operatori sanitari, inclusi medici e primari, al condizionamento improprio di portatori di interessi privati economicamente rilevanti, in particolare case farmaceutiche, aziende produttrici o fornitrici di macchinari, apparecchiature, prodotti sanitari. Spesso la contropartita in questo contesto non è rappresentata da somme di denaro, bensì da altri tipi di utilità che possono includere, tra l'altro, finanziamenti alla ricerca o ad associazioni contigue ai medici, contributi per attività di aggiornamento professionale, benefit personali. Alcune risorse specifiche entrano in gioco come "merce di scambio" impiegata in via privilegiata da alcuni operatori sanitari per ottenere indebitamente vantaggi privati: l'elevata discrezionalità delle loro decisioni e il peso assoluto che queste assumono – in condizioni di asimmetria informativa loro favorevole – in relazione alla capacità degli utenti di usufruire di beni essenziali (nonché diritti fondamentali) come la salute e la vita stessa; il valore del "tempo" per i privati, che può essere convertito nel potere di influire sulla posizione e quindi sulla durata dell'attesa nelle liste per ottenere determinate prestazioni pubbliche, ovvero per dirottare gli utenti verso i centri sanitari che erogano le medesime prestazioni in regime privatistico, o presso strutture pubbliche ma in regime di intramoenia.

Da ultimo, dall'analisi del caso toscano anche il settore dei controlli si dimostra un'area di attività pubblica nella quale può maturare un forte e convergente interesse illecito di soggetti privati spesso inadempienti o in difficoltà nel rispettare la complessa e ipertrofica regolazione pubblica vigente e degli agenti pubblici cui è delegata la funzione di controllo e sanzione. Questi ultimi infatti, in cambio di vantaggi personali (monetari o di altra natura) possono influenzare a favore dei soggetti controllati condizioni ed esiti di attività ispettive nonché le eventuali misure sanzionatorie susseguenti, fornendo in via preliminare informazioni su tempi e modalità del loro esercizio, interpretando in modo strumentalmente favorevole le disposizioni, mitigando le misure penalizzanti da applicare. Specie in attività di controllo fiscale, ambientale, stradale, sanitario, ecc. possono presentarsi significative opportunità di corruzione, che talvolta sconfinano – qualora i controlli o le contestazioni di irregolarità risultino meramente strumentali alla richiesta di contropartite illecite – in mere pressioni estorsive. Tra le categorie più frequentemente coinvolte vi sono in modo speculare alcuni soggetti socialmente più "deboli", come chi esercita attività irregolari o gli immigrati, specie se irregolari, che subirebbero un danno elevato a seguito dall'esercizio dei poteri sanzionatori e a causa della loro condizione hanno spesso difficoltà a contemplare la possibilità di denunciare i controllori corrotti/estorsori, che dunque accrescono considerevolmente il potere negoziale nelle loro richieste; e alcuni soggetti economicamente più "forti", in virtù della loro possibile maggiore disponibilità a pagare tangenti conseguente alla rilevanza degli interessi e delle risorse in gioco nelle attività imprenditoriali o professionali oggetto di verifica.

1.1.3. c) Estratto dal "Rapporto sulla corruzione in Italia di Istat del 12 ottobre 2017"

La corruzione attraverso i dati di fonte amministrativa

La corruzione è un fenomeno difficile da misurare anche perché di difficile definizione. I reati di corruzione, nelle loro diverse fattispecie, sono definiti dagli articoli 318- 322 bis del Codice Penale. Oltre a questi, vanno considerati altri delitti di stretta attinenza come peculato, indebita percezione di erogazioni a danno dello stato, malversazione, truffa aggravata ai danni dello stato, concussione. A partire dalla definizione normativa di tali reati è possibile misurare ciò che emerge e viene giudicato del fenomeno corruzione, sulla base dei dati di fonte amministrativa.

Le statistiche di fonte amministrative consentono di analizzare non solo quale tipologia di corruzione, e quante volte, è venuta a conoscenza delle forze dell'ordine, del sistema giudiziario ed è stata sanzionata, ma anche di osservare la presenza e l'incidenza di reati concomitanti e di conoscere alcune caratteristiche relative al contesto e alla dinamica del fenomeno (dove, quando, da chi), e all'esito processuale (nel caso di condanna: le misure di sicurezza, le pene accessorie, le sanzioni o la detenzione). Di seguito vengono sintetizzati i dati sul numero di procedimenti penali definiti in Procura e sui condannati.

Il peculato e l'indebita percezione di erogazioni pubbliche a danno dello Stato sono i reati per i quali è iniziata l'azione penale che presentano in assoluto l'incidenza maggiore in ogni anno; seguono la corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio e quello di responsabilità del corruttore. Dal 2006 risultano in aumento sia i

reati di peculato sia quelli di indebita percezione di erogazioni pubbliche a danno dello Stato. Per quest'ultimo reato, nel 2014 si è registrato un incremento superiore al 50% rispetto all'anno precedente; la concussione risulta invece in diminuzione dopo il picco nel 2012, così come la corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio che aveva toccato il massimo nel 2008; gli altri reati di corruzione sono sostanzialmente stabili.

Tra il 2006 e il 2014 i reati di corruzione più frequenti (peculato, indebita percezione di erogazioni pubbliche a danno dello Stato, corruzione in atti giudiziari, corruzione per un atto d'ufficio, malversazione a danno dello Stato, concussione) mostrano le quote più alte nel Centro-Sud, in particolare nel Lazio e in Campania, ma anche in Lombardia. Il peculato è particolarmente diffuso anche in Sicilia, l'indebita percezione di erogazioni pubbliche a danno dello Stato in Campania, Lazio e Lombardia, la corruzione in atti giudiziari nel Lazio e in Campania, la malversazione e soprattutto la concussione in Sicilia.

Considerando le sentenze definitive di condanna, il reato maggiormente diffuso è il peculato, sostanzialmente costante nel tempo, con un numero di sentenze superiore a 300 e pari a 400 nel 2015; seguono la corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio, in notevole diminuzione nel tempo, che passa da 734 sentenze definitive iscritte nel 2000 a 154 nel 2016; la concussione, anch'essa ridottasi a un terzo nel 2016 rispetto al 2000 (61 sentenze nel 2016, 174 nel 2000) e l'istigazione alla corruzione, pari a 178 sentenze definitive iscritte nel 2000 contro 117 iscritte nel 2016; la responsabilità del corruttore che, nonostante un andamento molto irregolare intorno ai primi anni Duemila, rimane sempre intorno a un centinaio di sentenze iscritte ogni anno (107 nel 2016, 97 nel 2000).

In aumento dal 2002 è l'indebita percezione di erogazioni pubbliche a danno dello Stato; questo reato, residuale e sussidiario rispetto alla truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche (vedi Consulta n. 95/2004), è stato introdotto dalla legge 300/2000 in ottemperanza ad alcuni strumenti internazionali come la Convenzione PIF sulla tutela degli interessi finanziari della CE, firmata a Bruxelles il 26 luglio 1995. Tale reato è passato da 30 sentenze definitive del 2002 a 132 del 2016, con un picco nel 2007 e in misura minore nei due anni successivi. Residuali le altre voci attinenti al fenomeno di corruzione.

Gli attori della corruzione

In sanità la richiesta di denaro o altri beni è avvenuta da parte di un medico nel 69% dei casi (da un primario di medicina nel 20,2%), da un infermiere nel 10,9% o da altro personale sanitario nel 19,6% dei casi, mentre per un altro 11,1% si è trattato di figure professionali non sanitarie.

Anche per la corruzione nel settore assistenziale, nel 23,5% dei casi i protagonisti sono stati i medici e nel 22,1% i dipendenti degli enti locali (comune, provincia e regione) e altri dipendenti pubblici o del patronato. Nell'ambito dei contatti con le public utilities la corruzione si manifesta attraverso richieste di dipendenti delle aziende della distribuzione elettrica (44,6%) e del gas (31,3%). A parte alcuni settori tipicamente legati alla dimensione della vita personale come la sanità, i benefici assistenziali, l'istruzione, gli altri settori riguardano potenzialmente sia la sfera personale che lavorativa. La corruzione nel settore degli uffici pubblici, ad esempio, nel 50% dei casi circa si è attivata quando si sono cercati servizi legati all'ambito lavorativo e degli affari, nelle public utilities la dimensione lavorativa arriva al 34% circa.

Il denaro è l'oggetto privilegiato dello scambio

L'oggetto di scambio più frequente nella dinamica corruttiva è il denaro (60,3%), soprattutto per ciò che attiene i settori dell'assistenza (65,7%), dei contratti con le compagnie di elettricità, gas, acqua e telefoni (63,6%) e della sanità (61,2%); seguono il commercio di favori, nomine, trattamenti privilegiati (16,1%), che caratterizzano di più il comparto uffici pubblici (22,9%), e i regali (9,2%). In misura minore il contenuto dello scambio è una prestazione sessuale (4,6%) o altri favori (7,6%). Lo scambio di denaro viene indicato in percentuale più alta dagli abitanti del Centro (72,2%), delle Isole (64%) e, soprattutto, da chi vive nei grandi comuni (83,1%); favori e trattamenti privilegiati sono stati richiesti di più nelle Isole (20,9%) e nei comuni fino a 10mila abitanti (23,2%).

Sono il 35,6% le famiglie che hanno accettato di corrispondere alla richiesta di denaro o di fare regali: la percentuale è massima nel settore delle public utilities (54,6%), seguono gli uffici pubblici (37,4%), l'ambito sanitario (36,4%), quello dell'assistenza (24,2%) e il lavoro (18,2%). Elevate anche in questo caso le non risposte per i settori giustizia e forze dell'ordine.

In più di un caso su due (52,8%) l'ammontare versato non supera i 500 euro mentre per il 12,7% la cifra corrisposta è oltre tale soglia. Il 15,2% non ricorda e il 19,4% ha preferito non rispondere.

Se l'accordo contempla un regalo, nella maggior parte dei casi il suo valore non ha superato i 150 euro previsti

dalla legge n.190 del novembre 2012, che stabilisce in tale somma il valore minimo consentito per non essere considerato un caso di corruzione.

1.2. Il Contesto interno: AUSL Toscana Centro, un'organizzazione complessa

1.2.1. I dati e le principali caratteristiche dell'organizzazione

L'Azienda USL Toscana Centro nasce, il 1° gennaio 2016, dalla confluenza di 4 aziende sanitarie preesistenti. Eredita e sviluppa, infatti, l'esperienza delle ex- Aziende di Empoli, Firenze, Pistoia e Prato presentandosi come un ente di dimensioni territoriali e strutturali molto ampie. Alcuni dati al riguardo possono descrivere, meglio di qualsiasi altra considerazione, la complessità organizzativa dell'azienda sia a livello territoriale, ospedaliero, tecnico - amministrativo e direzionale.

La Ausl T.C. è formata complessivamente da 75 comuni per 5.000 mq di superficie che fanno riferimento alle province di Firenze, Prato Pistoia ed Empoli e a quattro Comuni della provincia di Pisa. Il territorio è articolato in 9 Zone/Distretto in cui si trovano 14 ospedali per un totale di oltre 2.300 posti letto ordinari a gestione diretta, ai quali si aggiungono poco meno di 1000 posti letto ordinari in 10 strutture convenzionate.

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.

ASL	Ospedali	n.	n. Zone Distretto	n.
Azienda Sanitaria di Firenze	- San Giovanni di Dio - Santa Maria Annunziata - Santa Maria Nuova - Piero Palagi - Serristori - Mugello	6	- Zona Firenze - Zona Firenze Sud Est - Zona Firenze Nord Ovest - Zona Mugello	4
Azienda USL 3 Pistoia	- San Jacopo Pistoia - S.Cosma e Damiano Pescia - San Marcello Pistoiese	3	- Zona Pistoiese - Zona Valdinievole	2
Azienda USL 4 Prato	- Nuovo Ospedale Prato	1	- Zona Pratese	1
Azienda USL 11 Empoli	- San Giuseppe Empoli - Ospedale Infermi S.Miniato - S. Pietro Igneo Fucecchio - S. Verdiana Castelfiorentino	4	- Zona Empoli - Zona Valdarno Inferiore	2
Totale ospedali 14		Totale Zone Distretto 9		
n. 2 AOU che insistono sul medesimo territorio di riferimento : AOU Careggi e AOU Meyer				

La complessità dell'organizzazione si riflette anche sul numero dei dipendenti e sulle varie tipologie di professionalità e di funzioni da questi svolte, sul numero delle strutture organizzative individuate all'interno dei dipartimenti, sui dati di bilancio etc. . come riportati nelle tabelle sottostanti.

DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO		Numero
DIRIGENTI COMPLESSIVI		2.709
DIPENDENTI NON DIRIGENTI COMPLESSIVI		11.319
TOTALE		14.028
DIPENDENTI A TEMPO DETERMINATO		
DIRIGENTI COMPLESSIVI		152
DIPENDENTI NON DIRIGENTI COMPLESSIVI		335
TOTALE		487
DIRIGENTI A TEMPO INDETERMINATO SUDDIVISI PER RUOLI		
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI		45
AVVOCATI		2
BIOLOGI		42
CHIMICI		10
DIRIGENTE DELLE PROFES SANIT INFERM TEC RIAB PREV OSTETRICA		26
FARMACISTI		56
FISICI		13
INGEGNERI		33
MEDICI		2302
ODONTOIATRA		8
PSICOLOGI		103
SOCIOLOGO		3
STATISTICO		2
VETERINARI		64
TOTALE		2709
DIRIGENZA A TEMPO DETERMINATO SUDDIVISA PER RUOLI		
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI		2
MEDICI		128
AVVOCATI		1
INGEGNERI		1
DIRIGENTE DELLE PROFES SANIT INFERM TEC RIAB PREV OSTETRICA		1
FARMACISTI		17
FISICI		1
PSICOLOGI		1
TOTALE		152
DIPENDENTI NON DIRIGENTI A TEMPO INDETERMINATO		
ADDETTO AI SERVIZI GENERALI		69
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO		357
ASSISTENTE SANITARIO		68
ASSISTENTE SOCIALE		51
AUSILIARIO SPECIALIZZATO		118
ASSISTENTE SOCIALE		113
COADIUTORE AMMINISTRATIVO		346
COLL TECNICO PROF		66
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO		540
COMMESSO		57
EDUCATORE PROFESSIONALE		147
ESPERTO		110
FISIOTERAPISTA		261
INFERMIERE		5562
LOGOPEDISTA		60
O.S.S.		1462

O.T.A.	75
OPERATORE TECNICO	42
OSTETRICA	371
PORTIERE	98
TECNICO DI LABORATORIO .	75
TECNICO DELLA PREVENZIONE .	126
TECNICO RADIOLOGO	41
TECNICO	448
TECNICO PREVENZIONE AMBIENTI LUOGHI LAVORO	184
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	30
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	27
ALTRE FIGURE	415

TOTALE 11319

DIPENDENTI NON DIRIGENTI A TEMPO DETERMINATO

ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	19
ASSISTENTE SOCIALE	13
COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	12
COLL TECNICO PROF - SETTORE INF. - CAT.D	1
COLL TECNICO PROF - SETTORE TECN - CAT.D	1
ASSISTENTE SANITARIO	16
DIETISTA	2
FISIOTERAPISTA	4
INFERMIERE	53
LOGOPEDISTA	2
OSTETRICA	7
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	1
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MED	5
TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMED	52
TERAP.NEURO E PSICOMOTROCITÀ	2
TECNICO DELLA PREVENZIONE .	2
O.S.S.	82
TECNICO PREV.AMBIENTE LUOGHI DI LAVORO	61

TOTALE 335

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%
TOTALE COSTI (CE NOVEMBRE 2017)	2.918.888.811	100%

I Dipartimenti , le Aree dipartimentali e le strutture organizzative

L'assetto organizzativo della nuova Azienda, ha preso avvio con la costituzione dei nuovi Dipartimenti amministrativi, sanitari e sociali e attribuendo le rispettive direzioni con l'approvazione delle deliberazioni del Direttore Generale della AUSL Toscana Centro 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.

Oltre alle strutture di Staff della Direzione Generale e Sanitaria , che fanno capo rispettivamente al Direttore Generale e al Direttore Sanitario aziendale, i dipartimenti della AUSL Toscana Centro sono : 14 dipartimenti sanitari, 4 dipartimenti amministrativi e un dipartimento dei servizi sociali .

- I Dipartimenti dell' Area Sanitaria:

- Dipartimento delle Specialistiche Mediche
- Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche
- Dipartimento di Emergenza e Area Critica
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Oncologico
- Dipartimento di Riabilitazione
- Dipartimento Medicina di Laboratorio
- Dipartimento Diagnostica per Immagini
- Dipartimento del Farmaco
- Dipartimento Assistenza Infermieristica ed Ostetrica
- Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari
- Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale
- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
- Dipartimento della Prevenzione

- I Dipartimenti dell' Area Tecnico Amministrativa:

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

- Un Dipartimento del Servizio Sociale

Le Aree dipartimentali

Vista la particolare ampiezza e complessità dei Dipartimenti è stato necessario istituire, all'interno di essi, "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 della delibera del D.G. n. 826 del 31-05-2016 e 861 del 14-6-2016 - e sono costituite, preferibilmente, 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".

Le Strutture organizzative:

All'interno dei Dipartimenti e delle Aree sono state previste l'allocazione 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.

Il superamento della fase transitoria e l'attribuzione di nuove responsabilità di direzione di strutture dal 1° ottobre 2017

Per un periodo transitorio, ovvero dal 1° gennaio 2016 (data in cui la nuova azienda si è costituita) al 30 settembre 2017 sono rimaste in essere le strutture organizzative già presenti nelle ex aziende confluite in AUSL Toscana Centro. E' stato previsto, infatti , ai sensi della delibera 826/2016 che, "nelle more dell'assetto organizzativo di dettaglio di ogni singolo Dipartimento, a ciascun Dipartimento di riferimento sono ricondotte le attività, le funzioni operative e le strutture organizzative attualmente in essere negli organigrammi delle ex Aziende n. 3 di Pistoia, n. 4 di Prato, n. 11 di Empoli e n. 10 di Firenze".

Dal 1° ottobre 2017 sono state assegnate le responsabilità delle direzioni delle strutture organizzative aziendali allocate all'interno dei dipartimenti sanitari , del sociale e dei dipartimenti tecnico amministrativi . La nuova proposta di riassetto organizzativo con la conseguente nomina dei direttori di struttura organizzativa è stata approvata con delibera del Direttore generale n. 242 del 29 settembre 2017 ed è entrata a pieno regime dal 1° ottobre 2017 .

Tutti gli incarichi di direttore di struttura sono stati assegnati al personale dirigenziale a seguito di apposito interpellato seguito da valutazioni compiute da Commissione precedentemente individuate sulla base di criteri riguardanti le attitudini, le capacità professionali del singolo dirigente, con particolare riguardo alle capacità organizzative, relazionali e tecnico-specialistiche rispetto al singola funzione e responsabilità da ricoprire. A seguito di tale riorganizzazione anche tutto il personale non dirigenziale , è stato collocato all'interno delle nuove strutture organizzative, tenendo conto delle competenze acquisite nelle varie ex strutture delle ex aziende confluite e, per quanto possibile, delle eventuali preferenze in ordine alla collocazione nelle diverse strutture .

Le attribuzioni di posizioni organizzative, già formalmente definite, saranno attribuite nel corso dei prossimi mesi.

Al termine di tale riassetto, l'Azienda si è trovata in una dimensione organizzativa profondamente rinnovata, sia da un punto di vista oggettivo che soggettivo, caratterizzato dal superamento delle "vecchie" strutture presenti nelle ex Aziende in cui le nuove competenze sono state riviste e ridisegnate alla luce del nuovo assetto complessivo.

STRUTTURE ORGANIZZATIVE (semplici e complesse)	Numero
Strutture amministrative	66
Strutture mediche	388
Strutture sanitarie non mediche (infermieri, tecnico sanitari, farmacisti, psicologi)	60
Strutture della Dipartimento della prevenzione	63
Strutture del Dipartimento sociale	4
TOTALE	581

1.3. Il Sistema aziendale e il Piano Anticorruzione e trasparenza 2018 -2020

1.3.1. Introduzione : l'anticorruzione e la trasparenza

Il Sistema aziendale di prevenzione della corruzione e per l'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 finalizzata a 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.

Il SISTEMA si regge su due pilastri:

- a) **la prevenzione della corruzione** (e l'individuazione di misure specifiche e generali di mitigazione del rischio- vedi rispettivamente "parte seconda" paragrafo 2.3 e "parte terza" del Piano)
- b) **l'attuazione della trasparenza** (e la pubblicazione dei dati obbligatori sul web e l'accesso civico generalizzato – vedi "parte quinta" del Piano)

In questo contesto vale la pena ribadire che nel concetto di corruzione, non rientra soltanto il compimento di reati contro la pubblica amministrazione come previsti dal codice penale, ma anche la così detta "**maladministration**", intesa come assunzione di decisioni che deviano dalla cura dell'interesse generale e pubblico a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Rientra quindi in tale definizione il caso di abuso da parte del dipendente della funzione/potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati. Sono ricomprese le situazioni in cui venga in evidenza un malfunzionamento dell'Azienda a causa dell'uso a fini privati delle funzioni o dei compiti attribuiti in contrasto con l'interesse pubblico.

La prevenzione della corruzione si realizza anche attraverso l'individuazione di misure che tendono a contrastare la probabilità di accadimento degli eventi corruttivi riducendo e mitigandone il rischio. Tali misure, come accennato, possono essere specifiche ovvero individuate all'interno dell'analisi dei singoli processi aziendali, oppure generali cioè che riguardano il perseguimento di obiettivi trasversali all'intera organizzazione aziendale intesa nel suo complesso (vedi parte terza del Piano).

Il principio di trasparenza ed in particolare la sua concreta attuazione, è strettamente correlata alla prevenzione della corruzione tanto che si può affermare che misure di prevenzione della corruzione hanno scarso significato se non inserite in un'organizzazione pubblica intesa come "open government" che si pone l'obiettivo di garantire l'apertura verso l'esterno del patrimonio informativo pubblico per permettere un controllo costante dell'attività da parte dei cittadini, promuovendo al tempo stesso la responsabilità degli amministratori e dei dirigenti pubblici.

Al riguardo il nostro ordinamento ha visto una significativa evoluzione del principio di trasparenza che oggi viene **definita "come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche"** (Dlgs 97 del 2016).

La trasparenza nella pubblica amministrazione è ormai un principio di rilievo costituzionale, uno strumento atto a garantire il buon andamento e l'imparzialità delle istituzioni che si pone come principio dell'attività amministrativa, accanto ai criteri di economicità, efficacia, imparzialità e pubblicità

Il Piano è, dunque, uno strumento di pianificazione strategica aziendale in cui sono individuate e programmate misure specifiche e generali di prevenzione di possibili episodi corruttivi attraverso l'applicazione concreta delle stesse identificando i soggetti responsabili, gli indicatori ed i tempi di attuazione al fine più generale di diffondere e condividere i principi di trasparenza, etica pubblica e legalità.

E' viva, pertanto l'esigenza, suggerita anche dalle organizzazioni sovra nazionali, di perseguire ed approfondire, per il prossimo triennio, questi obiettivi di carattere generale:

- 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; (vedi parte terza del Piano)
- b) ridefinire il flusso degli obblighi di pubblicazione individuando, non soltanto i soggetti responsabile della validazione dei dati, ma anche i responsabili della pubblicazione materiale degli stessi; (vedi parte quinta del Piano)
- c) garantire ed attivare un sistema monitoraggio e di assesment più metodico ed organizzato, in particolare per la verifica dell'attuazione delle misure specifiche di prevenzione dei rischi e per del rispetto degli obblighi di pubblicazione (vedi parte quinta del Piano).

1.3.2. Il Piano Anticorruzione e il coordinamento con il Piano delle Performance

Considerato il susseguirsi di provvedimenti normativi in materia di prevenzione della corruzione, di trasparenza e di ciclo della *performance*, è molto forte nel nostro ordinamento l'esigenza di integrare e coordinare gli obiettivi del Piano della performance con quelli del Piano triennale della prevenzione anticorruzione e trasparenza. Tale necessità è stata sottolineata sia da ANAC (vedi Piano nazionale anticorruzione del 2016 § 5.3) che dal legislatore, all'interno di numerose normative.

I due strumenti di programmazione, anche se non debbano nè possono essere unificati, stante le diverse finalità e le diverse responsabilità connesse, sotto il profilo operativo, sono tenuti ad analisi corrispondenti (vedi analisi del contesto interno/esterno) e a strategie di intervento comuni ed integrate.

Per quanto riguarda la più stretta correlazione tra i piani strategici di intervento, il Piano delle performance pone tra le sue priorità quelli relativi a "Migliorare l'efficienza e l'efficacia complessiva delle strutture operative e dell'attività istituzionale, accrescere i livelli di trasparenza e di integrità", potenziando le misure di pubblicità, trasparenza, integrità, legalità e prevenzione della corruzione.

La strategia della performance aziendale in materia di trasparenza è attuata anche in corrispondenza del disposto normativo introdotto dal d.lgs. 97/2016 «*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza,...*» che ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa di riferimento rafforzandone il valore di principio che caratterizza l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini e soprattutto con l'introduzione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato (il c.d. Foia-Freedom information act)

La visione strategica aziendale in materia di trasparenza ed anticorruzione si concretizza, in particolare, attraverso il perseguimento dei seguenti obiettivi di performance che sono riferiti a tutti i dirigenti dell'azienda ovvero:

- a) gli adempimenti previsti dal Piano triennale per la prevenzione della corruzione va effettuata anche attraverso la promozione di maggiori livelli di trasparenza (D.Lgs. 33 del 14 marzo 2013 modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97);
- b) le attività volte alla realizzazione di sistemi che assicurino la trasparenza, il controllo e il monitoraggio dei procedimenti;
- c) le attività di monitoraggio.

In particolare i direttori di struttura aziendali , con riferimento al più ampio concetto di trasparenza introdotto dalla normativa sopra richiamata ovvero - *«La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche»*. – sono tenuti a garantire il regolare dei flusso dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Allo stesso modo i dirigenti di struttura tenendo presente gli elementi di maggior innovazione introdotti dalla normativa in materia di accesso ovvero :

1. l'eliminazione del "silenzio-diniego", con conseguente obbligo di motivare il rifiuto all'accesso,
2. Il riconoscimento della gratuità dell'accesso a documenti e dati in formato elettronico e cartaceo, limitando il rimborso ai costi documentati per "riproduzione su supporti materiali".
3. Il diritto di conoscere anche provvedimenti per i quali non si abbia interesse diretto e qualificato sono tenuti alla più ampia collaborazione al fine di dare concreta attuazione al F.o.i.a. mettendo a disposizione dell'Urp che coordina e gestisce l'intero procedimento , i dati oggetto dell'istanza di accesso ed in possesso delle strutture da questi dirette , al fine di rispondere all'interessato entro i termini dei 30 giorni secondo le modalità e i termini stabiliti dal regolamento aziendale in materia approvato con delibera del Direttore generale 1284 del 26-10-2017 .

1.3.3. L'organizzazione interna del Piano anticorruzione/trasparenza 2018 – 2020:

Il Piano è strutturato in 6 parti. La sesta e ultima parte contiene 2 allegati .

- 1) **Parte prima** tratta del contesto esterno ed interno e si articola come segue :
 - le caratteristiche principali della nostra azienda come organizzazione complessa .
 - il Piano anticorruzione , gli obiettivi e il coordinamento con il Piano delle performance
 - Il sistema aziendale di gestione dell'anticorruzione e della trasparenza e il miglioramento continuo;
 - i soggetti aziendali coinvolti nel sistema anticorruzione e trasparenza e le relative responsabilità (il DG quale organo di indirizzo, il RPCT, i direttori di Dipartimento di Staff e i direttori di struttura, I referenti aziendali) ,
 - le procedure e il nuovo approccio con le strutture ;
 - il coordinamento regionale degli RPCT ;
- 2) **Parte seconda** tratta della "gestione del rischio corruzione" e dell'individuazione delle misure specifiche di mitigazione del rischio e si articola come segue :
 - la mappatura, la valutazione e l'analisi dei processi ,
 - l'individuazione delle misure specifiche di mitigazione del rischio,
 - i processi mappati nel 2017,
 - la scheda di analisi dei processi ;
 - le istruzioni operative per l'attuazione della procedura per la gestione del rischio;
- 3) **Parte terza** tratta delle "misure generali di prevenzione" del rischio ovvero :
 - formazione,
 - codice di comportamento,.

- whistleblowing ,
- conflitto di interessi (e sue articolazioni : comunicazione dei dipendenti ai sensi del Codice di comportamento aziendale, autorizzazione ad incarichi extra istituzionali, attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro , rotazione del personale)
- rapporti con gli stakeholder

Per ognuna di queste misure generali , sono stati indicate le attività realizzate nel 2017 , i programmi per il 2018 e al termine della parte descrittiva , è stata inserita una tabella riassuntiva in cui è riportato :

- lo stato di attuazione
- le fasi di attuazione
- l'indicatori
- i soggetti responsabili di attuazione della misura a fase di attuazione

4) **Parte quarta** : tratta del monitoraggio e si articola come segue :

- monitoraggio 2017
- azioni specifiche di miglioramento del sistema
- programma per il monitoraggio 2018

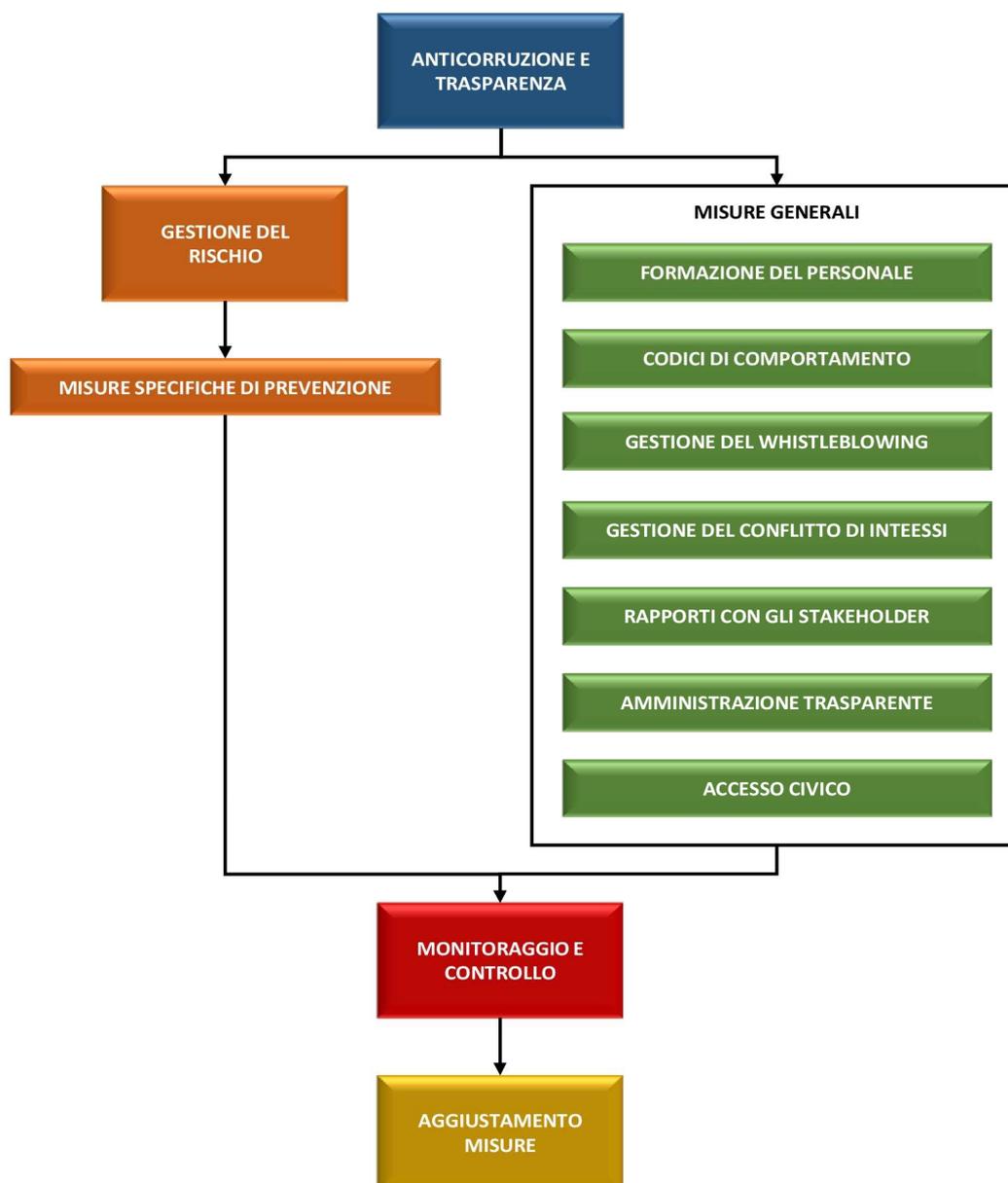
5) **Parte quinta** : tratta della trasparenza e si articola come segue :

- gli obblighi di pubblicazione e il nuovo albero della trasparenza
- la riorganizzazione dell'attività di pubblicazione
- il nuovo approccio con le strutture aziendali e il ruolo dei "referenti"
- Azioni 2017
- Azioni 2018
- le istruzioni operative per l'attuazione della procedura per la pubblicazione dei dati obbligatori;
- accesso civico semplice e generalizzato in azienda

6) **Piano sesta** è composta da 2 allegati :

- **Allegato n. 1** – Elenco dei processi analizzati nel 2017
- **Allegato n. 2** – Tabelle di pubblicazione dei dati obbligatori e le relative responsabilità

Figura 1) : l'articolazione del Piano schematizzata



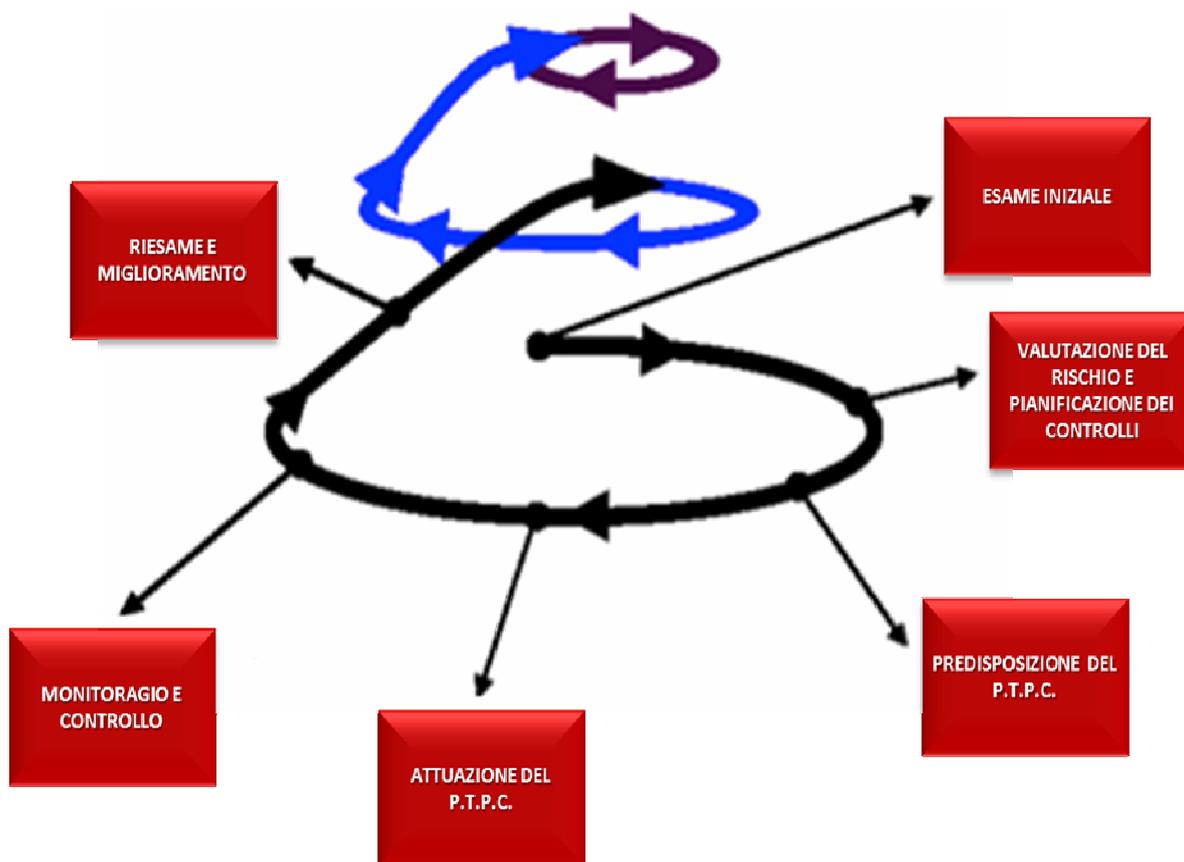
1.3.4. Miglioramento continuo

Il Piano ed il sistema aziendale di gestione del rischio, sono strumenti strategici 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 un sistema compiuto, con un termine di completamento finale, 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.

Figura 2 : Il miglioramento continuo dell'intero sistema può essere sintetizzato nel ciclo di percorso rappresentato nella figura sottostante .



1.4. I soggetti che interagiscono nel sistema aziendale di anticorruzione e trasparenza

1.4.1. Il Direttore Generale (Organo di direzione e di indirizzo) e gli obiettivi strategici

In questa sede si ricordano gli atti di indirizzo del Direttore generale in materia di anticorruzione e trasparenza rinviando alla normativa di riferimento e al Piano 2017 – 2018 quanto non espressamente qui riportato.

Il Direttore Generale ha nominato Responsabile Anticorruzione e Trasparenza con decorrenza dal 1° luglio 2016 ai sensi della delibera *n. 897 del 22-6-2016*.

Dal 1° ottobre 2017 il RPCT ha assunto anche la direzione della struttura organizzativa Affari generali aziendale. Nel periodo antecedente ad ottobre 2017, il RPCT era direttore della struttura degli Affari generali della ex AUSL 10 di Firenze, confluita dal 1° gennaio 2016 in Ausl Toscana Centro.

Il Direttore Generale, ha approvato il Piano entro il 31 gennaio 2018 e ha definito gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza adottando tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione al fine di promuovere l'attuazione della strategia di prevenzione assicurandone la coerenza e la rispondenza con tutti gli atti di programmazione aziendale.

In questa fase, caratterizzata da una nuova organizzazione aziendale, il DG, tenuto conto delle indicazioni Anac al riguardo - ha assicurato la definizione di **obiettivi strategici** di prevenzione della corruzione e trasparenza da perseguire in via prioritaria così come sono stati indicati e riportati in questo Piano.

In particolare, l'indicazione dell'organo di indirizzo è stata quella di elaborare, in via prioritaria, una mappatura dei processi considerati a maggiore rischio per individuarne le misure idonee di mitigazione del rischio.

A questo fine sono stati inseriti, nella scheda di budget del RPCT, tali obiettivi prioritari collegati al risultato delle performance individuale.

I processi, ai quali dare precedenza nella fase di mappatura, analisi e valutazione etc. sono stati individuati nel corso del 2017 attraverso specifiche riunioni tra il RPCT, i Referenti dei dipartimenti aziendali e il Gruppo di lavoro permanente come riportato nella parte seconda del piano al paragrafo 2.4.

1.4.2. Il Responsabile Anticorruzione Trasparenza

Il RPCT nominato nel 2016 è stato confermato anche per il 2017 e, come detto, svolge la funzione non in maniera 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, con la riorganizzazione aziendale più volte nominata, le funzioni del RPCT sono state allocate all'interno della direzione amministrativa e quindi, in questo senso, anche il Direttore Amministrativo ha un rilievo nel sistema.

La figura del RPCT è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016. La nuova disciplina, infatti, ha unificato in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e ne ha rafforzato il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti

poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

Inoltre sempre il Dlgs 97/2016 ha attribuito una rilevante funzione al RPCT per quanto riguarda, in particolare, la possibilità di richiesta di riesame sul diniego di accesso civico generalizzato sulla quale il RPCT interviene con provvedimento motivato entro 20 giorni . (si rinvia alla parte quinta del piano paragrafo 5.2.3)

1.4.3. Il Gruppo di lavoro permanente per l'anticorruzione e trasparenza: il lavoro di team

Nel corso del 2017 è stato implementato il gruppo di lavoro che collabora e coadiuva il RPCT nello svolgimento delle sue funzioni . Sono state infatti assegnate due nuove unità di personale individuate sulla base di valutazioni che hanno tenuto conto sia dell' esperienza organizzativa acquisita, sia di una necessaria preparazione giuridica che hanno completato il team composto, fino a quel momento, da una unica figura professionale.

Questo gruppo di lavoro, che può essere definito permanente - in quanto rappresenta l'ufficio che , a livello aziendale, si occupa a tempo pieno di anticorruzione e trasparenza - è quindi composto da 3 unità di personale in possesso di varie e diverse professionalità ed ha il compito precipuo di collaborare e coadiuvare il RPCT , in tutte le varie fasi di intervento e tutti i problemi più rilevanti .

Il metodo di lavoro praticato all'interno del gruppo di lavoro è quello del **"team working"** ovvero , attraverso riunioni pressoché quotidiane, vengono messe a fattor comune e a confronto competenze, motivazioni dei singoli, idee , suggerimenti per convergere tutti verso gli stessi obiettivi strategici indicati dalla direzione, elaborati dal RPCT e riportati nel Piano .

Questa metodologia di lavoro – che non significa certamente una deresponsabilizzazione del RPCT per quanto riguarda le sue specifiche competenze e prerogative - ha dato ottimi risultati in quanto è stato possibile (anche con non molte unità di personale a disposizione e con tutti i limiti del caso), realizzare importanti aspetti del lavoro, come illustrati nel proseguito, in quanto ha permesso, tramite uno sforzo congiunto, la divisione del lavoro nel riconoscimento delle specifiche di ruolo e di competenza di ogni componente del team dando valore al contributo di ognuno in termini di potenziale e di qualità per raggiungere i risultati in maniera precisa e integrata.

Il gruppo interviene , in particolare , nella mappatura dei processi con gli incontri con i referenti e i soggetti aziendali responsabili, nell'attuazione delle misure generali di prevenzione della corruzione quali ad esempio la formazione del personale, organizza e coordina i flussi di pubblicazione dei dati , collabora con i soggetti aziendali interessati alle procedure etc. .

In caso di necessità è sempre comunque possibile integrare il gruppo con soggetti aziendali di volta in volta individuati ed in possesso di professionalità specifiche che risultano utili, se non indispensabili, per affrontare materie e analisi di processi macro o particolarmente complessi .

1.4.4. I Direttori di Dipartimento , di Staff e i Direttori di struttura

I Direttori di Dipartimento e degli Staff di direzione generale e della direzione sanitaria , insieme ai direttori delle strutture organizzative (unitamente alle figure dei "Referenti" di cui al paragrafo successivo), sono i primi soggetti ad essere coinvolti nella identificazione delle misure specifiche che generali di prevenzione del rischio nonché nel flussi di pubblicazione sul web dei dati obbligatori. Essi sono, senza alcun dubbio, 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. in loro possesso che sono o possono essere oggetto di pubblicazione obbligatoria sul sito aziendale e pertanto rappresentano le figure più qualificate per identificare sia le misure di prevenzione e di trasparenza che più si attagliano alla fisionomia dei rispettivi processi.

Tali direttori rappresentano, pertanto, 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 .

Al Direttore di Dipartimento **compete la responsabilità ultima di validare , su proposta del Direttore della struttura di riferimento**, sia i processi aziendali di loro competenza sottoposti ad analisi e per i quali sono state individuate le misure anticorruzione, sia i dati di loro competenza oggetto di pubblicazione obbligatoria.

In materia di accesso civico generalizzato, sulla base della normativa di riferimento come disciplinata dal Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1284 del 26 ottobre 2017, ai direttori di struttura che detengono i dati oggetto, compete anche la responsabilità di fornire tali dati , nei termini e nei modi disciplinati dal regolamento, all'URP che è l'ufficio unico aziendale deputato a gestire e coordinare l'intero procedimento (per la trattazione della misura si rinvia alla parte quinta del Piano paragrafo 5.2.2.).

Nel nostro sistema i Direttori di dipartimento e di Staff e i direttori di struttura vengono identificati rispettivamente con gli termini 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 .

1.4.5. I Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (REF): un' esperienza positiva

Il Piano 2017 – 2019 prevedeva che i Referenti - **identificati con l'acronimo di REF** - fossero nominati all'interno dei Dipartimenti aziendali con delibera del Direttore Generale, su proposta del R.P.C.T.. A questa previsione è stata data concreta attuazione nel corso del 2017 .

La nomina dei Referenti , per il momento limitata ai Dipartimenti tecnico –amministrativi, è stata, infatti, stabilita con delibera del DG n. 525 del 13.04.2017 avendo cura di individuare sia personale professionalmente qualificato e sensibile ai temi della legalità , dell'etica e della trasparenza .

I Referenti sono stati individuati all'interno di questi dipartimenti/staff :

1. Risorse Umane
2. Decentramento
3. Area Tecnica
4. Amministrazione Pianificazione e Controllo di Gestione
5. Staff della Direzione Generale

A questi si è aggiunto , nel corso del 2017, il Referente per il Dipartimento della Prevenzione ed il Referente per il Dipartimento del Farmaco .

I Referenti dipartimentali , in un contesto organizzativo in fase di profondo rinnovamento, hanno svolto , insieme alla loro funzione di tradizionale collaborazione con il RCPT , in assenza dei direttori di struttura aziendali, una funzione insostituibile di raccordo tra il RPTC e i Direttori di Dipartimento , consentendo al RPCT stesso 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 .

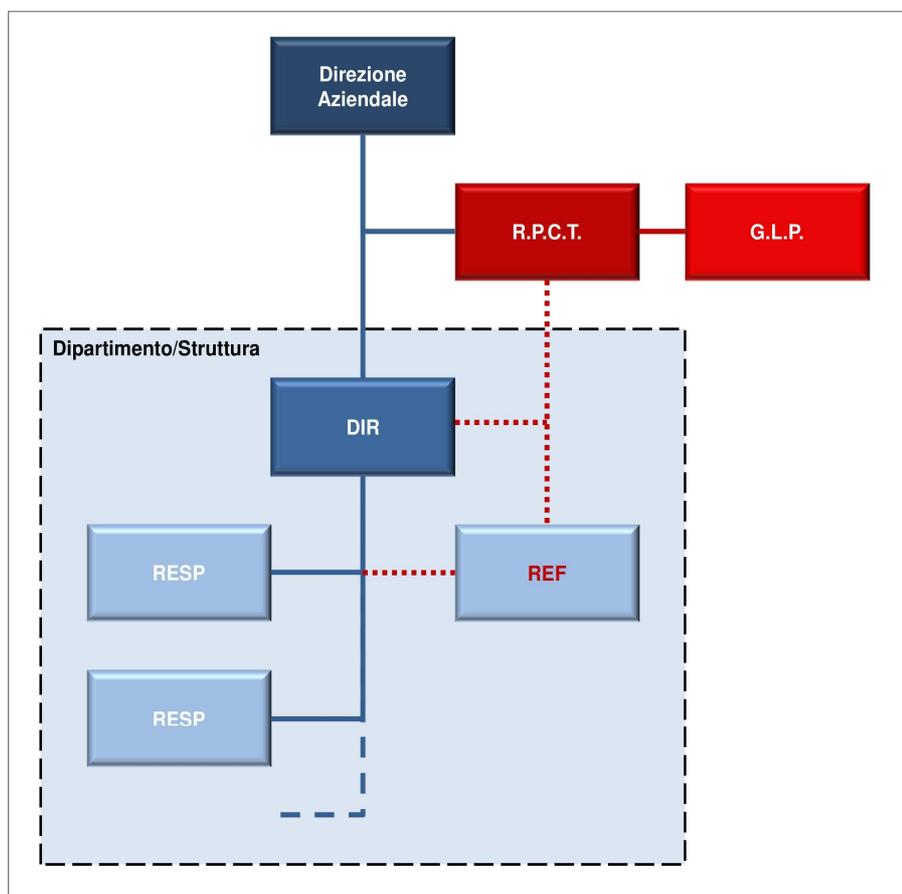
Il coinvolgimento e la partecipazione dei Referenti nella funzione di raccordo RPCT/ Direttori di Dipartimento - si è realizzata , in primo, nella fase di mappatura dei processi ed attraverso il loro impegno per coordinare, reperire e trasmettere i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria di competenza del Dipartimento di appartenenza da loro rappresentato .

I Referenti hanno quindi svolto , nel corso del 2017, un' importante attività a largo raggio portata avanti con estremo impegno e competenza ed hanno costituito , senza alcun dubbio, una fonte preziosa di informazioni , suggerimenti espressione di una fattiva e proficua collaborazione sia con il RPCT che il gruppo di lavoro permanente .

Vista l'esperienza molto positiva rappresentata dal lavoro e dall'impegno assicurato dai Referenti , l'obiettivo per il 2018 è quello di individuare e di nominare anche i Referenti all'interno dei Dipartimenti sanitari e del Dipartimento del servizio sociale .

Tutti i dipendenti aziendali

Oltre alle figure aziendali, sopra ricordate, che rivestono un ruolo specifico nel sistema complessivo anche in termini di responsabilità individuale e personale , non dimentichiamo che gli attori principali ed insostituibili della strategia di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza, sono sempre l'insieme di tutti i dipendenti dell'Azienda che sono chiamati a partecipare e a collaborare in relazione alla mappatura dei processi che a perseguire gli obiettivi di trasparenza mettendo a disposizione i dati in loro possesso e conformando il proprio comportamento a quanto previsto dal Codice di comportamento aziendale e garantendo la massima collaborazione per l'attuazione della misure specifiche e generali di prevenzione della corruzione previste dal Piano .



1.4.6. Le procedure : il nuovo approccio con i soggetti e le strutture

Nel rinviare alle istruzioni operative per l'attuazione delle procedure del rischio corruzione (parte seconda del piano paragrafo 2.6) e per l'attuazione della procedura per gli obblighi di pubblicazione (parte quinta del Piano paragrafo 5.1.6) in questa sezione del Piano è opportuno mettere in risalto che, sulla base dell'esperienza degli anni passati, nel corso del 2017 si è ritenuto opportuno impostare il rapporto con i soggetti e con le Strutture che trasmettono i dati da pubblicare e che sono tenute alla mappatura ed all'analisi dei processi , con una modalità più semplice, quasi informale cercando di mettere da parte agli aspetti burocratici e troppo formali .

Abbiamo preferito organizzare con i soggetti coinvolti nel sistema incontri, riunioni diretti in cui fornire supporto , motivazione , istruzioni su come , perché e cosa fare ... sia per la gestione del rischi che per la trasparenza, piuttosto che trasmettere tabelle da compilare anche se accompagnate da tutte le informazioni necessarie.

Un contatto diretto con tra il RPCT e i soggetti che erano chiamati a svolgere le attività per l'anticorruzione e trasparenza ha reso forse più chiaro che impegnarsi in questo settore costituisce un elemento essenziale e fondamentale per il lavoro di ognuno e di tutti finalizzato ad un interesse comune anche in relazione ad una migliore organizzazione dell'attività e dei processi che vengono analizzati .

Abbiamo compreso, inoltre, l'opportunità di passare da un atteggiamento che, negli anni scorsi, era stato forse troppo finalizzato all'attesa dei dati da pubblicare e dei processi mappati , ad un atteggiamento più proattivo , di iniziativa ed di intervento mirato nonché di una maggiore e più approfondita collaborazione.

Questi tentativi, che nel corso del 2017 , sono stati particolarmente incentivati e praticati , sono stati promossi anche al fine di evitare che le materie dell'anticorruzione e della trasparenza fossero vissute come l'ennesimo adempimento inutile , quasi di disturbo che toglieva del tempo prezioso al lavoro dell'ufficio.

Non sappiamo se questo tentativo abbia avuto il successo che speravamo , certamente possiamo affermare che il dialogo , la condivisione dei problemi, gli incontri frequenti con I soggetti coinvolti nel sistema , la consegna a mano della documentazione da utilizzare per la mappatura dei processi e per il reperimento dei dati da pubblicare etc. , hanno senz'altro contribuito a rendere la materia meno impositiva , tassativa , categorica che ha avuto un riflesso anche in un atteggiamento più aperto e rilassato che abbiamo potuto intravedere nei nostri interlocutori .

1.4.7. Altri soggetti aziendali che collaborano nel sistema in base alla normativa di riferimento:

Per una l'elenco completo della normativa che riguarda gli "altri" soggetti (oltre quelli operanti all'interno dell'azienda) , si rinvia a quanto descritto nel Piano anticorruzione 2017 – 2019.

In questo Piano si fa cenno soltanto alle novità normative introdotte nel 2017 che hanno interessato l' O.I.V. e all'attività che l'Ufficio procedimenti aziendali ha realizzato nel corso del 2017.

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

Riveste una funzione rilevante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza.

Al riguardo si evidenzia le novità normative introdotte dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74 che è intervenuto sulla disciplina della misurazione e valutazione della performance dei dipendenti pubblici, introducendo una serie di modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione della legge n. 124 del 2015.

Il provvedimento delegato persegue l'obiettivo generale di ottimizzare la produttività del lavoro pubblico e di garantire efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, anche attraverso la razionalizzazione degli strumenti per la misurazione e verifica della performance e ridefinisce il ruolo dell'OIV all'interno delle pubbliche amministrazioni .

Gli OIV, rappresentano pertanto una nuova figura professionale stabile di valutatore all'interno della P.A., al quale attribuire nuovi compiti e incisivi poteri e assumono un ruolo attivo nel segnalare eventuali necessità di interventi correttivi rispetto agli obiettivi programmati, anche in relazione alle risultanze dei controlli interni, con poteri propri di indagine e accesso agli atti.

E' stato ribadito la necessità che gli OIV effettuino un'attività di verifica sulla coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPC e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionale mantenuto inalterato il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009).

L'attestazione sulla completezza e correttezza dei dati pubblicati da parte dell' OIV , continua a rivestire particolare importanza per l'ANAC. che definisce annualmente le modalità per la predisposizione di tale attestazione.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) e l'attività del 2017 ,

Oltre a svolgere i compiti d'ufficio , l'UPD collabora con i Direttori di Dipartimento e di struttura organizzativa, a svolgere un' attività di vigilanza e monitoraggio sull'applicazione dei Codici di comportamento.

Per quanto riguarda il lavoro svolta dall'UPD nel 2017 , nella tabella sottostante sono riportati il numero dei casi trattati relativi al personale dipendente suddivisi tra personale non dirigente e dirigente e l'esito dei procedimenti

dependenti	tipologia di sanzioni	
dipendenti non dirigenti	rimprovero verbale	21
	rimprovero scritto	6
	multa	3
	sospensione fino a 10gg	3
	sospensione da 11gg a 6mesi	4
	licenziamento con preavviso	1
	licenziamento senza preavviso	5
	archiviazione	13
	in corso	18
	dirigenti	censura scritta
sanzione pecuniaria		0
sospensione		3
licenziamento con preavviso		0
licenziamento senza preavviso		1
archiviazione		8
in corso		5
totale		97

Il R.A.S.A aziendale

Il Responsabile dell'Anagrafe Unica per la Stazione Appaltante (RASA) aziendale è stato nominato con deliberazione del Direttore Generale n° 1664 del 11/11/2016.

Il Dirigente a cui sono state attribuite le attività di affidamento dei contratti pubblici e di gestione amministrativa delle procedure di scelta del contraente del Dipartimento Area Tecnica, in ragione del fatto che il precedente Dirigente che era stato nominato RASA è stato assegnato ad altro incarico.

Il RASA è deputato alla verifica, alla compilazione ed all'aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della AUSL medesima sull'Anagrafe Unica delle stazioni appaltanti nell'ambito della Banca dati nazionale dei contratti pubblici.

1.5. Il Coordinamento degli RPCT delle Aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Toscana

Per 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., si rinvia Piano 2017 – 2019 nel quale tali organismi sono stati già ampiamente trattati.

Nel Piano 2018 rivolge una particolare attenzione alla costituzione di un nuovo organismo regionale che entra a fare parte del sistema ovvero il 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 che, nel corso dell'anno passato, ha avuto un forte sviluppo anche con la costituzione dei gruppi di lavoro come indicati nel proseguo, rappresenta un organismo tecnico con lo scopo di favorire lo scambio di esperienze, la condivisione di buone prassi, l'uniformità, ove possibile, di comportamenti e l'integrazione tra i diversi soggetti del SSR impegnati nell'ambito del settore della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Ad incontri informali, sentiti comunque come necessari, tra gli RPCT delle Aziende sanitarie e ospedaliere della regione iniziati qualche anno fa è emersa, nel corso del tempo, l'esigenza di passare da un livello organizzativo più formale e strutturato e dunque la costituzione del Coordinamento con competenze specifiche riportate in un apposito regolamento di attività e competenze.

Attualmente il Coordinamento ha la propria sede operativa presso la Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale ed in particolare presso il Settore "Programmazione, Governo delle innovazioni tecnologiche e Formazione" che ne garantisce altresì il necessario supporto amministrativo e funzionale. Il ruolo di coordinamento della Commissione è affidato al dirigente del settore regionale competente.

Il Coordinamento ha trattato argomenti di più stretta attualità e sui quali gli RPCT sentivano maggiormente la necessità di un confronto e di una condivisione di esperienze e conoscenze. A questo scopo sono stati costituiti "gruppi di lavoro" su questi argomenti:

Gruppo Formazione: ha proposto l'attivazione di specifici corsi formativi per gli RPCT in particolare per approfondire la mappatura dei processi e la gestione del rischio corruzione che si è concretizzato nel "Corso di formazione per lo sviluppo della rete regionale toscana dei responsabili per la prevenzione della corruzione e trasparenza delle aziende ed enti del SSR" organizzato dal FORMAS e iniziato il 16/11/2017.

Gruppo Processi: ha l'obiettivo di definire una metodologia comune per effettuare la valutazione dei rischi di corruzione all'interno di ciascun ente. Attualmente i membri sono impegnati nell'analisi dei diversi modelli implementati nell'ambito del SSR allo scopo di individuare elementi comuni che possano essere messi a fattore per tentare di individuare un set minimo di informazioni che andrebbero a costituire la base per un futuro strumento comune di valutazione ed un'unica struttura del catalogo dei processi previsto dalla normativa

Gruppo Trasparenza: ha l'obiettivo di analizzare le principali novità introdotte dal D.Lgs. 97/2016 con particolare riferimento alle problematiche di applicazione delle nuove prescrizioni previste dall'art. 14 del D.Lgs. 33/2016 dovute alle difficoltà interpretative. Il gruppo ha prodotto un documento condiviso, sottoposto poi all'approvazione del Coordinamento, nel quale sono state definite le linee interpretative adottate in relazione alla natura di ciascun ente coinvolto.

Gruppo Conflitto di Interessi: ha l'obiettivo di analizzare la tematica del conflitto di interessi proponendo al coordinamento delle buone prassi e modulistica utilizzabili da tutti i soggetti coinvolti. Attualmente i membri del gruppo sono impegnati nella definizione di una modulistica comune da utilizzare per l'attuazione e la gestione di tutti gli adempimenti in materia.

Gruppo Obblighi di pubblicazione concernenti gare ed appalti: Il gruppo ha l'obiettivo di analizzare e valutare delle procedure per l'attuazione e la gestione degli obblighi di pubblicazione concernenti gare ed appalti. Il gruppo ha già prodotto diverse indicazioni in materia che sono state poi condivise ed approvate dal Coordinamento.0

2. PARTE SECONDA : LA GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE, LA MAPPATURA, L'ANALISI DEI PROCESSI E L'INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO

2.1. Introduzione: il processo e la gestione del rischio

La “gestione del rischio” è una macro attività ovvero un insieme di analisi, valutazioni, verifiche, procedimenti, controlli etc. poste in essere dai vari soggetti aziendali coinvolti nel sistema, coordinate tra di loro al fine di individuare misure specifiche di mitigazione del rischio corruzione e di individuare le priorità di intervento (trattamento del rischio) in conformità ai principi fondamentali contenuti nella norma ISO 31000.

Prima di trattare direttamente a trattare questo capitolo , è opportuno fare un cenno a cosa debba essere inteso per processo visto che il processo è proprio l’oggetto della nostra indagine .

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).

Il processo che si svolge nell’ambito dell’Azienda può esso da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso, con il concorso di più amministrazioni.

Per ciascun processo è necessario effettuare una descrizione e rappresentazione il cui livello di dettaglio tiene conto delle esigenze organizzative, delle caratteristiche e della dimensione della struttura. La finalità è quella di sintetizzare e rendere intellegibili le informazioni raccolte per ciascun processo, permettendo, nei casi più complessi, la descrizione del flusso e delle interrelazioni tra le varie attività.



Come noto, in base alle teorie di risk management, il processo di gestione del rischio corruzione si suddivide in 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).

La gestione del rischio in azienda si basa sulle tre fasi del risk management e consiste, in particolare, in una macro attività che assume carattere strumentale a fini dell’individuazione di misure specifiche di mitigazione del rischio corruzione , dei loro indicatori e responsabilità .

Le gestione del rischio in azienda si articola nelle fasi riportate di seguito :

- a) Mappatura dei processi;
- b) Valutazione di esposizione del livello di rischio ;
- c) Analisi, individuazione delle misure specifiche di mitigazione del rischio ;

2.2. Mappature dei processi: approfondimento e applicazione dei principi di completezza e di analiticità.

Il contesto interno 2017, sul quale si è basata l'attività di analisi dei processi è stato fortemente influenzato da una rilevante riorganizzazione aziendale, come già ampiamente descritta nella prima parte del Piano. Tale riorganizzazione, in parte definita con l'attribuzione delle responsabilità di direzione di struttura da ottobre 2017, all'interno della quale sono state ridistribuite le competenze, ha determinato la necessità di riprendere in mano l'analisi dei processi al fine di individuazione misure specifiche di prevenzione del rischio maggiormente attinente all'organizzazione che si andava delineando. (vedi parte quinta del Piano: monitoraggio).

Insieme alla necessità di tenere conto e, quindi di rivedere i processi, sulla base del nuovo sistema organizzativo, è stata considerata anche la necessità di porre maggiore attenzione alla fase di analisi del processo.

L'esperienza degli anni scorsi ci ha portato, infatti, a considerare che l'accuratezza, l'esaustività e l'analicità della mappatura dei processi sono requisiti e presupposti indispensabili per individuare misure di mitigazione del rischio più adeguate, corrette e di possibile attuazione.

Sulla base dell'esperienza maturata, si è considerato maggiormente produttivo un sistema che possa scongiurare il pericolo di mappare tutta una serie di processi anche quantitativamente rilevanti senza però il necessario approfondimento ed analisi.

Nel corso del 2017 è stata svolta, infatti, un'operazione di "assessment" sulla qualità dell'analisi della mappatura dei processi che si è rivelata particolarmente utile perchè ha consentito di capire che la fase di mappatura dei processi propedeutica al trattamento del rischio, presentava delle criticità in termini di chiarezza, comprensione ed analisi. È emersa, cioè, la necessità di un'attenta ricognizione e approfondimento dell'analisi dei processi e delle relative misure di carattere specifico.

Quest'operazione di "assessment" sulla qualità delle mappature e sulle misure di prevenzione e dei relativi indicatori, ha reso indispensabile utilizzare in maniera ancora più stringente e fattiva i criteri di mappatura di completezza ed analicità anche al fine di rendere più omogeneo il linguaggio e la metodologia utilizzata.

Per affrontare questa criticità, abbiamo attivato a partire dal secondo semestre 2017 e programmato per il 2018, un sistema di **mappatura dei processi maggiormente basato sulla qualità** piuttosto che sulla quantità, 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 scadenzate 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.

Vista la fluidità organizzativa per quanto riguarda, in particolare, l'attribuzione di direzione di struttura, le attività di mappatura e analisi dei processi sopra state attivate principalmente con il coinvolgimento, in primo luogo dei Referenti nominati nel 2017. (vedi prima parte del Piano paragrafo, 1.4.5..)

L'attività si è svolta, dunque, in maniera condivisa attraverso il diretto contatto e l'interlocuzione con i referenti caratterizzate da colloqui approfonditi anche a mo di interviste per approfondire i processi al fine di comprenderne le criticità attuali, le eventuali interrelazioni con altri processi, le esigenze di automazione, le possibili evoluzioni degli scenari nel medio-lungo periodo

La mappatura dei processi è stata, pertanto, maggiormente improntata ad un'analisi più dettagliata delle azioni/fasi ovvero sulla base di caratteristiche di estrema **completezza e analiticità**.

Il principio della completezza ha determinato la scelta di mappare e valutare tutte le attività poste in essere dalle strutture aziendali iniziando da quei processi che sono stati individuati durante appositi incontri tra il RPCT i Referenti aziendali e il gruppo di lavoro.

Il principio di analiticità è stato attuato chiedendo alle singole unità organizzative di adottare, nella individuazione 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.

Seguendo le indicazioni metodologiche già attuate nell’ambito del Piano precedente, ed ancora di più a partire dal 2017 e a seguire anche per il 2018, l’attività di individuazione dei comportamenti a rischio è e sarà sempre più guidata da un principio **di massima analiticità**, nella consapevolezza che un comportamento a rischio di corruzione non individuato in fase di valutazione non potrà essere individuato nella successiva fase di analisi del rischio e, dunque, sfuggirà *tout court* dal programma di prevenzione.

La fase di analisi del processo è tesa , quindi, “ a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi”.
Occorre, cioè individuare apposite misure di prevenzione della corruzione che, da un lato siano efficaci nell’azione di mitigazione del rischio, dall’altro siano sostenibili da un punto di vista economico ed organizzativo (altrimenti il PTPC sarebbe irrealistico e rimarrebbe inapplicato) e siano, infine, calibrate in base alle caratteristiche specifiche dell’organizzazione.

2.3. Valutazione, analisi ed individuazione delle misure specifiche di mitigazione del rischio

Alla fase di mappatura segue la fase di valutazione di esposizione a rischio del processo nelle sue varie fasi Per ciascun processo viene stimato il valore della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) utilizzando criteri specifici riferiti alla realtà Aziendale.

Il valore della probabilità è stimato soprattutto sulla base dell’esistenza e dell’efficacia dei controlli vigenti

Il processo viene pertanto valutato (o meglio viene valutato l’esposizione del rischio del processo, sulla base di eventi rischiosi di natura analoga, ovvero le fasi vengono analizzate sulla base di condotte a rischio più ricorrenti sono riconducibili a :

- a) livello di discrezionalità
- b) rotazione ;
- c) impatto livello economico ;
- d) numero dei soggetti coinvolti ;
- e) grado responsabilità coinvolta nel processo ;
- f) formazione in materia di anticorruzione e trasparenza
- g) sentenza cortei dei conti , mass media
- h) conflitto di interessi.
- i) assenza o scarsa presenza di trasparenza nel processo e nella decisione

Da tale valutazione - rispetto alla presunzione di rischio - può risultare il livello di esposizione al rischio: **“basso” , “medio” e “alto”** .

L’approfondimento successivo alla valutazione, si concretizza nella fase di analisi riservata ai processi risultati a “medio” e “alto” rischio, mentre per processi, a basso rischio, l’analisi di norma non viene effettuata.

A conclusione della successiva fase di analisi vengono individuate , le misure specifiche di mitigazione del rischio per ogni fase del processo .

L'individuazione della misura, che viene individuata in collaborazione con il direttore della struttura organizzativa di riferimento attraverso la procedura già ricordata che si realizza in una serie di incontri, approfondimenti, scambio di opinioni etc. , è stata sempre calibrata sulla base della realizzazione possibile in un arco di riferimento temporale considerando l'organizzazione data e la sostenibilità , anche economica della stessa .

In particolare sono state tenute sempre presenti queste considerazioni :

- la misura deve essere efficace : ai fini della mitigazione/neutralizzazione del rischio l'identificazione della misura di prevenzione è quindi una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso;
- la misura deve essere economicamente sostenibile anche da un punto di vista organizzativo: l'identificazione delle misure di prevenzione deve essere strettamente correlata alla capacità di attuazione delle stesse da parte dell'Azienda;
- la misura deve capace di adattamento all'interno organizzazione: l'identificazione delle misure di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell'Azienda non può essere avulsa e non corrispondente alle esigenze organizzative .

2.4. I processi a maggior rischio mappati nel 2017

Al fine di dare attuazione a quelli che erano e sono gli obiettivi strategici dell'organo di indirizzo aziendale (vedi prima parte del Piano), tenuto conto dell'elevatissimo numero di processi sia medici , sanitari che tecnico amministrativo etc. presenti in un 'azienda di ampie dimensioni come la AUSL T.C., il RPCT in collaborazione con i referenti dei dipartimenti , ha individuato alcuni processi aziendali, considerati maggiormente a rischio ed ai quali dare priorità di analisi ..

Sia il RPCT che i Referenti dei dipartimenti hanno convenuto al termine di una serie di incontri, conclusi in data 15 giugno 2017 , che era opportuno analizzare in via prioritaria i processi appartenenti alle aree di maggiore rischio , pur mantenendo fermo l'obbiettivo che comunque tutti i processi aziendali dovevano essere sottoposti ad analisi

E' stata, quindi, una scelta condivisa che ha consentito di rispondere sia alle indicazioni dell'organo di indirizzo aziendale , che di rendere possibile l'analisi di tutta una serie rilevante di processi aziendali pur in un situazione in cui l'organizzazione aziendale non era stata ancora del tutto definita e nella quale, in particolare, non erano state compiutamente individuate le figure di RESP, essenziali per la gestione del sistema (ovvero direttori di struttura)

In questa parte del Piano sono sintetizzati , nella tabella sottostante, i processi analizzati nel 2017.

Si rinvia all'allegato n. 1 del Piano, la mappatura, la valutazione e l'analisi dei processi . Per ogni fase del processo sono riportate : le misure di prevenzione del rischio , gli indicatori le responsabilità e la tempistica della loro attuazione .

CATALOGO DEI PROCESSI ANALIZZATI

AREA DI INTERVENTO	CODICE PROCESSO	NOME DEL PROCESSO	LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	FASCIA DI RISCHIO
DIP. AMMINISTRAZIONE PIANIFICAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	APICDG001	Ciclo Attivo	3,4	RISCHIO BASSO
	APICDG002	Ciclo Passivo - Gestione Fornitori	9,5	RISCHIO MEDIO
	APICDG003	Predisposizione bilancio esercizio	3,4	RISCHIO BASSO
	APICDG004	Predisposizione bilancio esercizio	3,4	RISCHIO BASSO
	APICDG005	Analisi dati attività sanitaria	2,7	RISCHIO BASSO
	APICDG006	Programmazione economica aziendale, monitoraggio e reporting	2,2	RISCHIO BASSO
	APICDG007	Contabilità Analitica	2,7	RISCHIO BASSO
	APICDG008	Negoziazione e valutazione obiettivi economici di budget	4,9	RISCHIO BASSO
	APICDG009	Programmazione Operativa (Chirurgia Elettiva - Dimissioni Complesse)	4,2	RISCHIO BASSO
DIP. AREA TECNICA CONTRATTI PUBBLICI	ARETEC001	Affidamento diretto, lavori servizi e forniture sotto €40000,00 - criterio minor prezzo	11,0	RISCHIO MEDIO
	ARETEC002	Lavori da euro 40.000,00 ad euro 150.000,00 - procedura negoziata con criterio minor prezzo	11,0	RISCHIO MEDIO
	ARETEC003	LAVORI da euro 150.000,00 ad euro 200.000,00 - procedura negoziata - criterio minor prezzo	11,0	RISCHIO MEDIO
	ARETEC004	LAVORI da euro 200.000,00 ad euro 1.000.000,00 - procedura negoziata - criterio minor prezzo	11,0	RISCHIO MEDIO
	ARETEC005	SERVIZI E FORNITURE da euro 40.000,00 ad euro 209.000,00 - procedura negoziata - criterio minor prezzo	11,0	RISCHIO MEDIO
DIP. DEL DECENTRAMENTO RIMBORSI	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	9,9	RISCHIO MEDIO
	DECENT002	Controllo, verifica e liquidazione dei servizi socio sanitari appaltati a soggetti esterni	5,8	RISCHIO MEDIO
DIP. DEL FARMACO FARMACEUTICA	FARMAC001	Fatturazione e controllo delle ricette provenienti dalle farmacie territoriali convenzionate	10,2	RISCHIO MEDIO
DIP. DELLA PREVENZIONE CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	PREVEN001	Controllo ufficiale su stabilimento riconosciuto/registrato che produce e/o commercializza prodotti destinati al consumo umano e/o animale e sul benessere animale	11,8	RISCHIO MEDIO
	PREVEN002	Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili)	11,8	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..)	9,5	RISCHIO MEDIO
DIP. RISORSE UMANE INCARICHI E NOMINE	RISUMA001	Incarichi di collaborazione	2,4	RISCHIO BASSO
	RISUMA002	Affidamento degli incarichi dirigenziali di natura gestionale	2,4	RISCHIO BASSO

2.5. La scheda di analisi dei processi

Lo strumento con cui analizzare i processi secondo i principi di analicità e completezza di cui abbiamo fatto cenno, è rappresentato dalla **scheda di mappatura dei processi** che riprende il metodo di analisi del processo già adottato nel piano precedente che aveva dato buoni risultati, ma sul quale venivano attivate misure di parziale aggiustamento.

Tale 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 un confronto tra gli stessi items di un processo al fine di formare un catalogo unico dei processi per un confronto sempre proficuo rispetto alle misure specifiche di mitigazione del rischio che possono essere introdotte.

Le nuove matrici di mappatura sono costituite, come per lo scorso anno, da due sezioni: la prima contenente informazioni di carattere generale (indicazione dell'ufficio, del dirigente responsabile e delle attività affidate alla cura dell'ufficio, come risultanti dalla riorganizzazione) e la seconda relativa alla mappatura vera e propria.

Le 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;
- la 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 il relativo prospetto di programmazione, gli indicatori e le responsabilità della loro attuazione.

2.6. Istruzioni operative per l'attuazione della procedura per la mappatura e analisi dei processi

Finalità

La presente procedura disciplina il processo di gestione del rischio corruzione previsto dall'art.1, comma 9, lettere a) b) e c) della Legge 190/2012, dal P.N.A. e dalla Determina A.N.A.C. 12/2015.

Applicabilità

La procedura si applica a tutti i dipartimenti, le strutture, i processi e i procedimenti della AUSL Toscana Centro.

Monitoraggio e controllo

Il DIR effettua il monitoraggio e controllo sul processo di gestione del rischio corruzione con le modalità previste nel P.T.P.C.

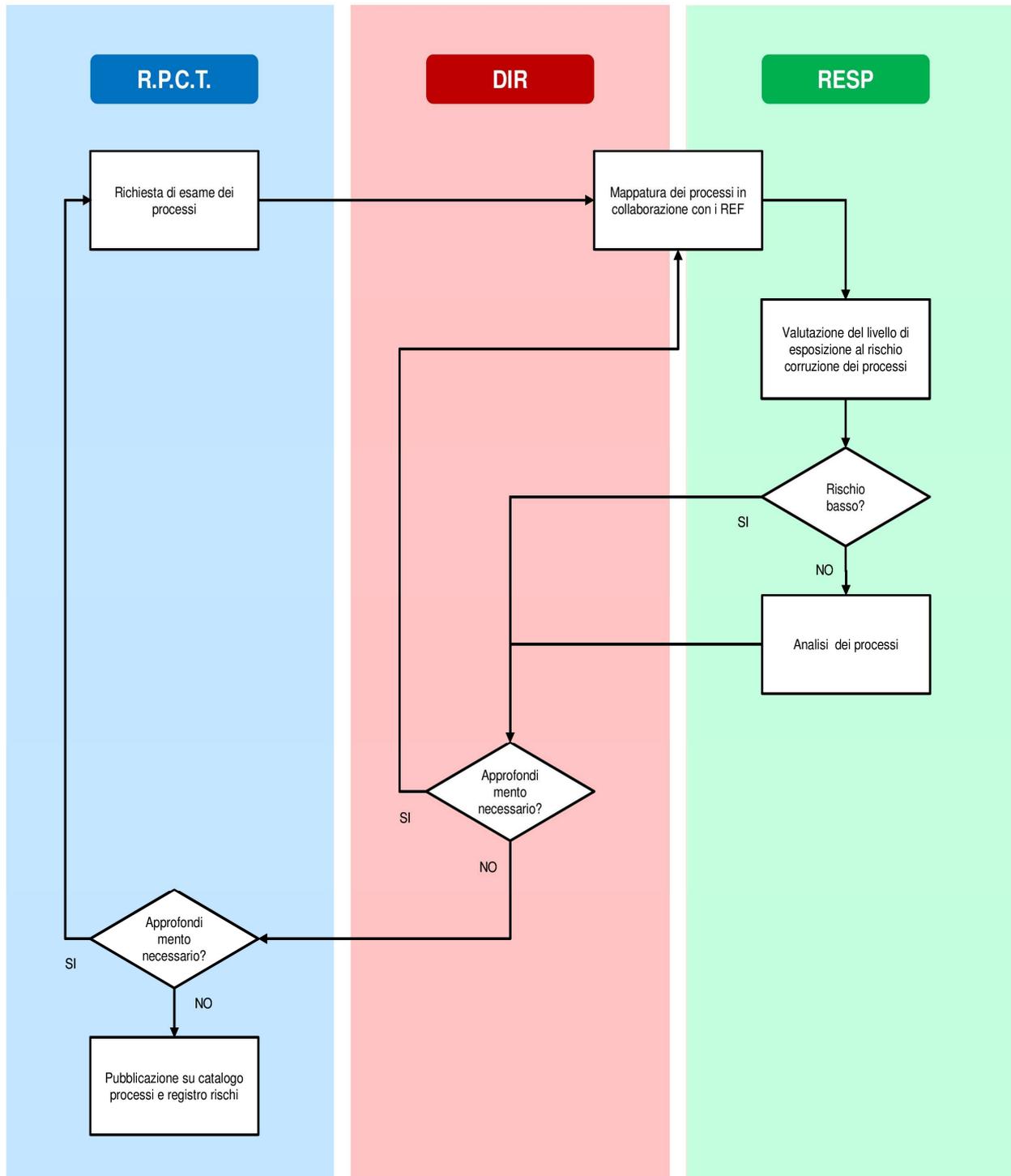
Il R.P.C.T. effettua il monitoraggio e controllo sul processo di gestione del rischio corruzione con le modalità previste nel P.T.P.C..

Fasi operative

Istruzioni operative	Responsabilità	Documenti di riferimento
MAPPATURA DEI PROCESSI		
<p>1) Avvio: La Direzione aziendale indica gli obiettivi strategici da perseguire (mappatura dei processi a maggiore rischio di corruzione)</p>	DIREZIONE AZIENDALE	P.T.P.C.T
<p>2) Individuazione dei processi: Il R.P.C.T. in collaborazione con DIR, RESP e REF individua, sulla base degli obiettivi della direzione e per il periodo di riferimento stabilito, i processi da mappare a maggiore rischio</p>	RPCT / DIR RESP – REF	
<p>3) Mappatura dei processi – modalità di analisi : Il R.P.C.T., trasmette per mail o consegna direttamente a mano al RESP la scheda per la “Mappatura” dei processi e ne spiega i criteri e la modalità di compilazione in sede di incontri specifici appositamente programmati nel corso dell’anno di riferimento . 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 ritenuta utile ed opportuna soprattutto in termini di approfondimento e maggiore conoscenza del processo . L’analisi del processo avviene, in sostanza, attraverso un confronto tra il RPCT , il GPL e i soggetti rappresentati la struttura interessata alla mappatura del processo . Quando ritenuto opportuno ai fini di un maggiore approfondimento e comprensione della fasi e delle azioni del processo , il confronto si sviluppa anche con una serie di domande , poste a modo di interviste . Utile è anche l’esposizione di esempi pratici e concreti e comunque e comunque interlocuzioni tese alla corretta individuazione delle singole attività in cui il processo si articola</p>	RPCT / DIR RESP – REF	P.T.P.C.T
VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO		
<p>4) Valutazione del livello di esposizione al rischio: Per ciascun processo di propria competenza, il RESP e il REF attivano la valutazione relativa al livello di esposizione al rischio tramite la scheda di valutazione allagata alla presente procedura . La valutazione può dare come risultato un ‘esposizione del rischio : BASSO, MEDIO E ALTO.</p>	RESP	
ANALISI DEI PROCESSI E VALIDAZIONE		
<p>5) Analisi del processo, trattamento e individuazione delle misure specifiche di mitigazione del rischio : Ogni processo risultato con livello di esposizione al rischio MEDIO o ALTO, viene analizzato ulteriormente,. Per ogni fase/azione del processo viene individuato il comportamento critico e la conseguente la misura specifica di prevenzione del rischio da mettere atto , secondo una tempistica stabilita.</p>	RESP	

<p>6) Tempistica per l'attuazione delle misure specifiche</p> <p>Il RESP indica nella stessa scheda di mappatura le scadenze entro le quali le misure di prevenzione del rischio devono essere attuate.</p>	RESP	
<p>7) Validazione e trasmissione della documentazione:</p> <p>Il RESP trasmette tempestivamente 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.</p> <p>In caso di mancata validazione Il DIR, rinvia le schede al RESP per una revisione della mappatura fino a quando il DIR non l'approva, in via definitiva e la trasmette al RPCT.</p>	DIR	
<p>MONITORAGGIO</p>		
<p>8) Esito monitoraggio sulla documentazione pubblicata</p> <p>il 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</p>	RESP	

La figura sottostante schematizza la procedura per mappatura ed analisi dei processi



3. PARTE TERZA : LE MISURE GENERALI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE

Introduzione: le misure generali di prevenzione

La Parte terza del Piano è dedicata alla descrizione delle misure di carattere generale. Tali misure, in virtù della loro natura di strumenti ad applicazione generalizzata, rientrano, nella maggior parte dei casi in competenze trasversali che di volta in volta sono state indicate in apposite tabelle riassuntive e conclusive di ogni misura .

Per ogni singola misura viene descritta l'attività svolta nel 2017 e il programma per l'attività 2018. Nelle tabelle riassuntive che concludono la trattazione di ogni singola misura , sono indicati : lo stato di attuazione raggiunto, le fasi di esecuzione e gli indicatori .

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

3.1. La Formazione

Come già indicato nel PTPC 2017/2019, a cui si rinvia per l'elencazione della normativa di riferimento e per gli obiettivi generali, la "formazione" del personale dell'Azienda riveste un'importanza fondamentale per fare crescere e sviluppare nei singoli e nel complesso della struttura organizzativa, una maggiore consapevolezza e conoscenza delle materie di etica pubblica , responsabilità e trasparenza amministrativa , gestione del rischio al fine di contribuire a mitigare e ridurre gli eventuali episodi di corruzione .

La formazione, nella nostra azienda, è particolarmente necessaria in quanto si pone l'obiettivo anche di uniformare e integrare le conoscenze del personale in considerazione della eterogeneità della sua provenienza causata dalla fusione, nell'Azienda Toscana Centro dell'ex ASL di Pistoia Empoli , Firenze e Prato. E' , infatti , necessario , fare conoscere ai soggetti coinvolti nel sistema aziendale, lo specifico processo di gestione del rischio, e le modalità della pubblicazione dei dati etc., che nelle ex aziende confluite in AUSL Toscana Centro avevano una loro diversa organizzazione e modalità di attuazione .

La formazione effettuata nel 2017 e verifica dell'attività

Nel 2017 la formazione si attua sulla base di una programmazione che ha avuto inizio tenendo presente la nuova organizzazione aziendale e quindi coinvolgendo, in primis, i nuovi direttori di dipartimento tecnico amministrativo e medico e sanitario.

E' stata effettuata una formazione realizzata **in aula** presso le sedi di Firenze e presso le aule di Prato Empoli e Pistoia anche al fine di incentivare e facilitare la partecipazione dei corsisti in servizio presso le ex aziende . Anche nel 2017, l'attività di formazione è stata effettuata da personale interno.

Per quanto riguarda i contenuti della formazione questi sono stati integrati ed ampliati con un particolare approfondimento sull'istituto dell'accesso civico generalizzato visto l'impatto fortemente innovativo che l'istituto riveste nel nostro ordinamento .

E' stata avvertita, inoltre, l'esigenza di introdurre, accanto alla formazione "tradizionale" che , negli anni passati , ha riguardato essenzialmente la gestione del rischio, un capitolo dedicato all'etica nella pubblica amministrazione . Durante le lezioni frontali è stato approfondito, quindi, anche questo tema offrendo ai discenti alcune coordinate per orientarsi "nell'universo sotterraneo delle tangenti, così da comprendere

natura, dimensioni, dinamiche e conseguenze dell'allarmante diffusione di questo fenomeno. L'introduzione nel corso anche di questa materia è stata possibile con il coinvolgimento di una dirigente interno all'azienda che ha sviluppato un proprio percorso di approfondimento nella materia dell'etica pubblica in quanto oltre alla laurea in giurisprudenza, frequentava un Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Pubbliche Amministrazioni presso l'Università degli studi di Pisa all'interno del quale si collocava il corso di "etica pubblica" tenuto dal prof. Scienza politica Alberto Vannucci, che da anni si occupa di studi e ricerche sulla corruzione

Per quanto riguarda i destinatari della formazioni , sono stati coinvolti in primo luogo, i Direttori , Responsabili , Referenti come di seguito indicato nella scheda riassuntiva :

Corso: ANTICORRUZIONE: FORMAZIONE SPECIFICA PER DIRETTORI, RESPONSABILI E REFERENTI, AREA MEDICA, VETERINARIA, SANITARIA NON MEDICA E VETERINARIA

Codice iniziativa: FC20170113

Codice ECM evento: 1112017053715

Crediti formativi rilasciati: 8

Ore 7 per edizione per un totale di 7 edizioni

Su 126 convocati hanno partecipato 110 dirigenti con una quota di partecipazione quindi di oltre 85% .

Al termine di ogni edizione è stato somministrato ai discenti il relativo test di apprendimento, predisposto di volta in volta in base alle domande preparate dai docenti

Ciascuna edizione ha riportato i seguenti dati (scala dei valori da 1 a 5):

edizioni	Data	Gradimento Organizzazione	Iscritti
prima	21/04/2017	4	8
seconda	27/04/2017	4	6
terza	10/05/2017	4.5	2
quarta	16/05/2017	4.9	18
quinta	18/05/2017	4.2	13
sesta	23/05/2017	3.8	21
settima	31/05/2017	4.1	42
	Totale	4.2	110

Volendo, in conclusione, formulare un giudizio sulla formazione 2017 si può osservare che l'approccio interdisciplinare alla materia oggetto del corso – rischio corruzione, obblighi trasparenza, accesso, etica pubblica - ha costituito sicuramente un valore di fondamentale importanza nel favorire l'apprendimento dei corsisti e per l'approfondimento di particolari aspetti operativi circa la prevenzione della corruzione e delle specifiche responsabilità e azioni previste nel nostro sistema di gestione del rischio e per l'attuazione delle misure di prevenzione .

Grazie al contributo e alla specifica esperienza professionale dei docenti, la qualità della didattica è stata ritenuta dai discenti considerevole; sulla base degli obiettivi del corso esplicitati nel programma, la valutazione complessiva da parte dei partecipanti è stata decisamente positiva e incrementale col passaggio da un'edizione al'altra.

Programma formativo per l'anno 2018

Per quanto riguarda l'attività formativa del personale per l'anno 2018, nel mese di settembre 2017 è stata realizzata un'attività di rilevazione dei fabbisogni formativi dal RPCT, il Gruppo di lavoro permanente in collaborazione con la struttura della formazione del personale aziendale e sono stati già previsti ed inseriti nel Piano formativo aziendale sia dei corsi in aula che un corso FAD.

Corso formativo in aula

Nel 2018 verranno confermati i contenuti dei corsi già effettuati nel 2017 e quindi la formazione avrà come oggetto: l'etica pubblica, la gestione del rischio corruzione e gli adempimenti degli obblighi di trasparenza.

Nel 2018, un approfondimento particolare sarà riservato:

- alla conoscenza dell'organizzazione aziendale per l'attuazione dell'accesso civico generalizzato in quanto nel corso del 2017 è stato approvato, con delibera del DG n. 1284 del 26-10-2017, uno specifico regolamento aziendale in materia.
- alle dichiarazioni relative al conflitto di interessi di cui agli articoli 5,6 e 7 del Codice di comportamento dei dipendenti approvato con delibera del DG 1358 del 16-9-2016

Formazione a distanza 2018 (FAD)

Oltre ai corsi in aula per il 2018 è stato organizzato anche un corso FAD ovvero un insieme di attività didattiche svolte all'interno di un progetto di formazione che prevede la non presenza 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 che approfondisce particolari aspetti delle materie, secondo il programma riportato di seguito, è rivolto a ai dipendenti del comparto dal VII livello a tutti i dirigenti aziendali rinviando ad un momento successivo un corso FAD per i dipendenti fino alla VI qualifica in quanto per questi ultimi il corso dovrà essere impostato in un modo più semplice ed essenziale.

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 la materia della trasparenza ovvero gli obblighi di pubblicazione e l'attuazione dell'accesso civico generalizzato.

In particolare:

1) la FAD in materia di "Trasparenza" prevede:

- a) una relazione sul principio di trasparenza nella pubblica amministrazione: evoluzione e accesso civico generalizzato
- b) le slides su trasparenza, obblighi di pubblicazione e accesso civico generalizzato
- c) il test finale di apprendimento

2) la FAD in materia di "Anticorruzione" prevede:

- a) le slides in materia anticorruzione e i principali obiettivi del Piano aziendale Anticorruzione e Trasparenza 2017 – 2019 (gestione del rischio corruzione, codice di comportamento aziendale e conflitto di interessi, whistleblower)
- b) il test finale di apprendimento

Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità

Misure di carattere GENERALE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1 GENNAIO 2018	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESPONSABILE
Formazione (su gestione del rischio e obblighi di pubblicazione)	IN ATTUAZIONE formazione in aula per Direttori Dipartimento ampliata ai temi di etica pubblica e accesso civico generalizzato	I Fase corsi in aula per i direttori di struttura II Fase : FAD per tutto il personale, compresi i dirigenti, a partire dal VII livello	Test di apprendimento dei partecipanti ; Scheda di valutazione dei docenti	RPCT , Struttura organizzativa formazione del personale

3.2. Il Codice di comportamento dei dipendenti AUSL T.C.

I contenuti del Codice, l'ambito di applicazione e l'attività 2017

Il Codice di comportamento dei dipendenti dell'AUSL TC - definito ai sensi dell'art. 54, comma 5, del D.lgs. 165/2001, del D.P.R. 62/2013 e tenendo conto delle disposizioni dell'A.N.A.C in materia - è stato adottato con deliberazione del Direttore generale n.1358 del 16-9-2016 previa consultazione pubblica per 15 giorni, sul sito istituzionale dell'Azienda al fine di acquisire le osservazioni, suggerimenti dei soggetti esterni/interni.

Il Codice ha avuto l'approvazione dell'OIV aziendale .

Dopo l'approvazione del testo definitivo da parte della Direzione Aziendale , il RPCT , ne ha dato la più ampia diffusione, con la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Autorità, alla sezione "Amministrazione Trasparente".

Al riguardo si evidenzia che la proposta del Codice è stata predisposta dal "gruppo di lavoro" dei Responsabili anticorruzione delle tre Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Toscana (vedi prima parte del Piano , punto 1.4) al fine di definire un codice che abbia caratteristiche uniformi e condivise pur nel rispetto delle singole particolari condizioni e realtà territoriali di ciascuna azienda.

E' opportuno evidenziare in questa sede come l'adozione del Codice di comportamento rappresenti 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 standard di legalità , etica, trasparenza e correttezza dei comportamenti nell'ambito della pubblica amministrazione.

Per quanto riguarda "l'ambito di applicazione" del Codice si è adottato la linea per cui la normativa è di pertinenza, non soltanto di tutti i dipendenti dell'Azienda, ma anche a tutti i collaboratori o consulenti, titolari di qualsiasi tipologia di contratto, nonché ai collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi. Posto che il codice, per ovvie ragioni, non si applica al Direttore Generale , al Direttore Sanitario , al Direttore Amministrativo e al Direttore dei servizi sociali, è stato ritenuto opportuno prevedere , ai sensi dell'art. 2 comma 5, che "Le disposizioni contenute nel presente Codice costituiscono principi di comportamento per il

Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Direttore dei Servizi Sociali, il Direttore di Zona, i componenti del Collegio Sindacale e i componenti dell'O.I.V.”.

Il codice oltre a prevedere specifici articoli che disciplinano: il comportamento del dipendente nei rapporti privati (art. 10), in servizio (art.11) nei confronti con il pubblico (art. 12) , rispetto ad eventuali regali ed altre utilità, prevede anche, quale regola di comportamento, il rispetto delle misure anti-corrruzione indicate nel Piano triennale Anticorrruzione, affidando ai dirigenti il compito di verificarne l’attuazione da parte dei propri dipendenti.

In modo analogo, vengono codificati, tra le norme di comportamento, anche gli adempimenti agli obblighi di trasparenza, prevedendo la collaborazione dei soggetti individuati all’elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati soggetti all’obbligo di pubblicazione anche con riferimento alle recenti previsioni normative di cui al D.Lgs. 97/2016.

L’art. 8 è specificamente dedicato al percorso ed alla responsabilità dei soggetti che gestiscono le segnalazioni di whistleblower connessi al dovere conseguente di tutela dell’anonimato.

In materia è stato predisposto un regolamento specifico dell’azienda che , come descritto al successivo paragrafo 3.3.

Nel Codice si rinvengono, inoltre, molteplici disposizioni precipuamente finalizzate ad evitare la divulgazione di informazioni riservate attinenti alle istruttorie in corso presso la Aziende ed a tutelare, in questo modo, la riservatezza dei soggetti coinvolti, richiamando tutti i dipendenti a stringenti obblighi di riservatezza anche al fine di tutelare l’immagine pubblica dell’Azienda.

Nel corso del 2017 questi gli obiettivi raggiunti :

- nei bandi, negli avvisi, compresi quelli di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, lavori e forniture, di sponsorizzazione sono stati inseriti disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dai Codici di comportamento.
- nei protocolli intesa e contratti/convenzioni apposite disposizioni o clausole prevedono la risoluzione o decadenza del protocollo o convenzione in caso di violazione degli obblighi derivanti dai Codici di comportamento;
- contestualmente alla sottoscrizione del contratto di lavoro o, in mancanza, all'atto di conferimento dell'incarico, viene consegnato ai nuovi assunti, con rapporti di lavoro comunque denominati, Copia dei Codici di comportamento.

La programmazione anno 2018 : Proposta di integrazione del Codice di comportamento dei dipendenti per l’utilizzo dei social media

Necessità di integrare il codice con una parte che riguarda l’utilizzo dei **“Social media”** ovvero la gamma dei processi di utilizzazione da parte delle persone degli strumenti e delle piattaforme on line (Facebook, Twitter Instagram, la forma del blog, etc) per scambiare contenuti e informazioni generate dagli utenti attraverso conversazioni e scambio di materiale video, fotografico, documentale.

Sussiste, infatti, la necessità di maturare una seria e provata consapevolezza, nell’utilizzo di tali strumenti, per cogliere le tante opportunità offerte dai medesimi e ridurre, di contro, al minimo i numerosi rischi connessi. L’ambiente Social, se pur ambiente virtuale, si manifesta come uno spazio “sociale” entro cui le persone si muovono con la differenza che non vi è l’immediata percezione degli errori e pericoli che un comportamento non consapevole dell’uso dello strumento può produrre, conducendo a conseguenze importanti rispetto ad un comportamento

E’ necessaria acquisire la conoscenza delle regole del mezzo di comunicazione usato e la consapevolezza delle conseguenze derivanti dagli obblighi deontologici, regolamentari, normativi ed etici, e i rischi a cui, chi ne fa uso, va incontro.

Questo pone questioni etiche rilevanti per le organizzazioni sanitarie: da una parte di far fronte ad un uso inappropriato di questi strumenti da parte dei dipendenti del sistema, indicando alcune limitazioni che in realtà si pongono come vere e proprie sfide comportamentali.

Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità

Misure di carattere GENERALE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1 GENNAIO 2018	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESPONSABILE
CODICE DI COMPORTAMENTO	IN ATTUAZIONE	Fase I aggiornamento codice – anno 2018 per l'utilizzo dei social media Fase II pubblicazione e diffusione	approvazione con delibera DG e comunicazione a tutti i dipendenti	RPCT Risorse Umane

3.3. Gestione del whistleblowing

Attività e segnalazioni 2017

Il whistleblower ovvero il dipendente che segnala illeciti, è stato oggetto di particolare attenzione. Il RPCT sul tema ha predisposto un Regolamento che però non ha trovato ancora formale approvazione per la necessità di armonizzare ed integrare il testo predisposto nel corso del 2017 con le disposizioni 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".

L'organizzazione aziendale ha stabilito, in linea con le indicazioni di Anac, che le segnalazioni siano indirizzate e raccolte dal R.P.C.T. .

Le segnalazioni possono essere trasmesse con il mezzo ritenuto più idoneo ovvero: mail, lettera, presentarsi di persona ed esporre i fatti etc. . Si ritiene che questa procedura possa facilitare il rapporto con il RPCT in quanto il segnalante ha la possibilità di rivolgersi ad un soggetto (RPCT) nel quale ripone fiducia e che è in grado di garantire una maggiore tutela dell'anonimato poiché il soggetto responsabile del procedimento è chiaramente individuato per cui in caso di violazione della riservatezza ne risponde anche in termini di correttezza e di credibilità per quanto riguarda lo svolgimento del suo ruolo e della sua funzione . . .

Il segnalante può comunque inviare la segnalazione all'indirizzo mail del R.P.C.T. compilando il modulo disponibile sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Altri contenuti - Whistleblower". In alternativa, il segnalante ha la facoltà di effettuare la segnalazione anche con modalità diverse purché fornisca tutti gli elementi necessari per la gestione della stessa e comunque tali da consentire al R.P.C.T., di procedere ai dovuti approfondimenti per poter riscontare, in primo luogo, la fondatezza dei fatti oggetto della segnalazione.

Il RPCT avvia, senza ritardo, le istruttorie relative alle segnalazioni ricevute, per una prima sommaria istruttoria tesa a valutare, per quanto possibile, la completezza e la fondatezza dei fatti segnalati.

L'azienda, dunque, ha impostato un'organizzazione, che troverà conferma anche nel 2018, per cui - in linea con quanto disposto da Anac ai sensi della delibera n.6 del 28/04/15 - **"stabilisce che le segnalazioni vengano inviate direttamente al Responsabile della prevenzione della corruzione, mentre qualora le**

segnalazioni riguardino il Responsabile della prevenzione della corruzione gli interessati possono inviare le stesse direttamente all' A.N.AC.”.

Questa centralizzazione della acquisizione delle segnalazioni in capo al RPCT sono disposte al fine garantire – secondo le linee guida di Anac – **“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 merito alle misure di protezione del dipendente che segnala illeciti, occorre innanzitutto evidenziare che nel corso dell’anno 2017 si sono registrate 2 segnalazioni di whistleblowing tra i dipendenti dell’Azienda per presunti casi di condotte illecite che i segnalanti registravano 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,

La programmazione anno 2018

Si tratta di definire il Regolamento, già impostato nel corso del 2017, alla luce delle nuove disposizioni introdotte dalla recente 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”. Il regolamento dovrà confermare quanto previsto da Anac ai sensi della delibera n.6 del 28/04/15 ovvero che le segnalazioni siano gestite da un unico punto aziendale e dunque inviate direttamente al Responsabile della prevenzione della corruzione e a porre particolare attenzione a introdurre disposizioni a garanzia della effettiva e concreta tutela dell’anonimato del segnalante.

Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità

Misure di carattere GENERALE	STATO DI ATTUAZIONE AL 1 GENNAIO 2018	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	SOGGETTO RESPONSABILE
TUTELA WHISTBLOWER	IN ATTUAZIONE	Fase I : nel 2018 adozione del Regolamento per adeguamento legge 179/2017	Numero segnalazioni pervenute	RPCT Gruppo di lavoro

3.4. Gestione del conflitto di interessi e sue declinazioni

Introduzione: il concetto di conflitto di interesse del dipendente pubblico

La misura di prevenzione che riguarda la gestione del conflitto di interessi, è particolarmente complessa disciplinata da fonti normative diverse, a volte di non facile lettura e il cui coordinamento risulta molto spesso complesso.

Questa particolare articolazione e complessità della normativa di riferimento consiglia una breve introduzione, utile per definire in che cosa consiste il conflitto di interesse e quali sono le situazioni attraverso le quali si può configurare.

Questa che segue è la definizione del conflitto di interesse di Emiliano Di Carlo che ci sembra la più adatta a descrivere questo complesso fenomeno.

Il conflitto di interessi reale (o attuale) è la situazione in cui l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona (agente = esempio un medico) tende a interferire con l'interesse primario di un'altra parte (principale = esempio il paziente), verso cui l'agente ha precisi doveri e responsabilità.

Secondo questo studioso, affinché ci sia "conflitto di interessi", occorre la presenza di **tre elementi chiave** ossia:

- **la presenza di una relazione** tra un soggetto delegante (principale) e uno delegato (agente), in cui il secondo ha il dovere fiduciario di agire nell'interesse (primario) del primo (es. il rapporto medico-agente e paziente-principale)
- **la presenza di un interesse secondario** nel soggetto delegato- agente (di tipo finanziario o di altra natura).
- **la tendenza dell'interesse secondario ad interferire con l'interesse primario.** Il termine "*tende a interferire*" 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.

Sempre secondo questo autore, la **corruzione** non è affatto assimilabile al conflitto di interessi. Mentre, infatti, il conflitto di interessi è una situazione di rischio in cui l'interesse secondario tende a interferire con l'interesse primario, nella corruzione la situazione di rischio si è trasformata in un **abuso di potere**, che ha visto prevalere l'interesse secondario su quello primario.

Dunque, il conflitto di interessi **non è un comportamento** (come la corruzione), ma **una situazione**, un insieme di circostanze che creano o aumentano il rischio che gli interessi primari possano essere compromessi dall'inseguimento di quelli secondari (Thompson 2009).

Sempre Di Carlo afferma che la corruzione è la degenerazione di un conflitto di interessi, in quanto **c'è sempre il prevalere di un interesse secondario su uno primario**. Il conflitto di interessi, invece, segnala **solo la presenza** di interessi in conflitto (anche solo in modo potenziale o apparente). Il conflitto di interessi, a differenza della corruzione, è caratterizzato da una **portata ben più ampia di relazioni sociali ed economiche**, la maggior parte delle quali non è classificata come reato, nonostante la sua presenza possa tendenzialmente violare l'equilibrio socialmente accettabile tra l'interesse privato e i doveri e le responsabilità di un individuo.

Esistono particolari categorie di relazioni che hanno la potenzialità di generare **interessi secondari** confliggenti.

Il Conflitto di interesse nel Codice di Comportamento

La materia chiama in causa tutti i dipendenti pubblici che devono assumersi la responsabilità personale di identificare e risolvere situazioni problematiche, mentre l'Azienda ha il compito di fornire quadri regolamentari realistici, definire procedure chiare e comprensibili, e creare efficaci sistemi di gestione. Devono inoltre fornire formazione/informazione sul tema, garantire che i dipendenti effettivamente si conformino non solo alla lettera ma anche allo spirito di tali norme.

Il Codice di Comportamento dei dipendenti e la legge 190/2012 ne incorporano una grande varietà:

- Relazioni "**ambigue**" DONI, REGALI, ALTRE UTILITA'
- Relazioni "**finanziarie**" RAPPORTI FINANZIARI, CREDITI O DEBITI,
- Relazioni "**politiche**" APPARTENENZA A PARTITI , ASSOCIAZIONI O ORGANIZZAZIONI

- Relazioni “**amicali**” AMICIZIA, GRAVE INIMICIZIA
- Relazioni “**familiari/affettive**” CONIUGE, CONVIVENZA, PARENTELA O AFFINITA’
- Relazioni di “**rappresentanza**” TUTORAGGIO, CURA, PROCURA O AGENZIA
- Relazioni “**professionali**” COLLABORAZIONE CON SOGGETTI PRIVATI
- Relazioni “**professionali future**” PANTOUFLAGE o REVOLVING DOORS
- Relazioni “**extra-istituzionali**” INCARICHI D’UFFICIO O EXTRA-ISTITUZIONALI

La declinazione del conflitto di interessi

Le dichiarazioni rese dai dipendenti che riguardano l’esistenza o meno di relazioni di vario genere (vedi sopra) per la verifica successiva di un eventuale conflitto di interessi, possono essere ricondotte alle seguenti fattispecie per le quali l’azienda nel 2018 pone una particolare attenzione :

- a) le comunicazioni dei dipendenti ai sensi dell’art. 5, e 61 e l’obbligo di astensione ai sensi dell’ 7 del Codice di comportamento (ex art. 5, 6 e 7 DPR 62/2013)
- b) le dichiarazioni per i componenti di Commissione di gara e concorso ;;

La presenza o meno del conflitto di interessi viene valutato, inoltre , in relazione a :

- a) l’autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali per le richieste presentate ai sensi dell’art. 53 Dlgs 165 che comporta una preventiva valutazione sulla presenza o meno del conflitto di interessi tra la posizione ricoperta dal dipendente in azienda e l’attività extra istituzionale che questi andrebbe a svolgere (saltuaria e occasionale) ;
- b) l’attività successiva la rapporto di lavoro (pantouflage) che comporta una valutazione sulla presenza o meno del conflitto di interessi tra la posizione che è stata ricoperta in azienda dal dipendente e l’attività che questi svolge a conclusione del rapporto di lavoro;.
- c) la Rotazione del personale L’alternanza riduce 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

3.4.1. Informativa dei dipendenti ai sensi dell’art. 5, e 6 e obbligo di astensione ai sensi dell’art. 7 del Codice di comportamento (ex DPR 62/2013)

Introduzione : l’obbligo di comunicazione d i astensione

Vista la complessità e la vastità della normativa che riguarda il conflitto di interessi , l’azienda intende programmare l’attività dando priorità di intervento e concreta attuazione alla verifica del conflitto di interessi derivante dall’applicazione delle norme previste dal Codice di comportamento dei dipendenti .

In particolare, prima di entrare nello specifico delle modalità e delle procedure con cui l’Azienda intende rilevare il conflitto , anche in riferimento al numero molto elevato di dipendenti aziendali , è opportuno qui indicare che il Codice prevede un obbligo di **comunicazione** a cui è tenuto il dipendente ai sensi degli articoli art. 5 e 6 1° comma e **un obbligo di astensione** a cui lo stesso dipendente è tenuto ai sensi degli articoli 6 comma 2 e l’art. 7 sempre del Codice .

Il Codice di Comportamento dei dipendenti stabilisce agli articoli 5 e 6 primo comma un preciso **DOVERE DI COMUNICAZIONE/SEGNALAZIONE** ovvero :

a) - *“il dipendente comunica tempestivamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza la propria adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio. Il presente comma non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati “ (art.5) .*

b) - *“All'atto di assegnazione all'ufficio il dipendente informa per iscritto il dirigente dell'ufficio di 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”, precisando : (art. 6 , primo comma)*

- se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;
- se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata 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.

L'art. 6 comma 2 e l'art. 7 del Codice di comportamento stabiliscono in capo ai dipendenti pubblici un preciso **OBBLIGO DI ASTENSIONE**, ovvero :

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

“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)

Per il raggiungimento dell'obiettivo è fondamentale che l'Azienda intraprenda adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse.

Informative specifiche per i dirigenti

L'art. 13 del Codice di comportamento stabiliscono che il dirigente responsabile di struttura, prima di assumere le sue funzioni e, successivamente, in caso di variazioni, debba comunicare all'Azienda le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione

pubblica che svolge e debba dichiarare se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con 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.

L'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 stabilisce che non possono essere conferiti incarichi di direzione di strutture deputate alla gestione del personale a soggetti che rivestano o abbiano rivestito negli ultimi due anni cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali o che abbiano avuto negli ultimi due anni rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni.

L'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 mira, tra l'altro, ad escludere la possibilità di un conflitto di interessi i soggetti preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

Come stabilito dalla delibera A.N.A.C. 149/2014 di interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario, le ipotesi di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore dei Servizi Sociali, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della Legge 190/2012, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del D.Lgs. 39/2013.

Attività 2017 : programmazione per la raccolta delle comunicazioni dei dipendenti

Vista la complessità della normativa in materia di conflitto di interessi , a livello regionale è stato costituito un gruppo di lavoro specifico sulla materia. (vedi parte prima del Piano , paragrafo 1.4). Il team , oltre che ad approfondire la normativa di riferimento , ha predisposto una modulistica apposita per la raccolta delle comunicazioni sul conflitto nel tentativo di definire dei format , quanto più possibili di facile lettura e compilazione, che siano in grado di riunire , in un' unica soluzione, più attestazioni previste dalla norma, al fine di non aggravare o appesantire, in maniera inutile ed eccessiva, la compilazione da parte dei dipendenti .

A fine 2017 , il RPCT , su richiesta della Direzione che l'ha approvata, ha predisposto una procedura specifica per l'applicazione in particolare degli art. 5, 6 e 7 del Codice di comportamento come sopra riportati.

La procedura si articola in 3 fasi ovvero :

I° FASE:

inserimento della modulistica sul portale del dipendente gestito dall'Area Amministrazione del personale per consentire la compilazione on line delle dichiarazioni dei dipendenti/dirigenti ex art. 5, 6 e 13 del DPR 62/2013 **come già concordato con lo stesso direttore di Area.**

II° FASE :

contestualmente o immediatamente dopo all'inserimento della modulistica sul portale del dipendente di cui sopra , è necessario attivare **una richiesta generalizzata** a tutto il personale dell'azienda affinché siano rilasciate le comunicazioni a cui il personale stesso è tenuto sulla base della normativa di riferimento;

III° FASE :

verifiche sulle dichiarazioni relative alle situazioni di conflitto d'interesse.

Una volta acquisite le dichiarazioni e/o nel corso dell'acquisizione delle stesse , l'incarico di attuarne la verifica è stato attribuito al **servizio ispettivo aziendale** approvato con delibera del DG n. 1327 del 27-7-2017 , ma non ancora attivo.

Questa scelta , in linea e nel rispetto di quanto disposto da Anac in più occasioni, considera che la verifica sul conflitto non può e non deve essere attribuita ad un unico soggetto, ma bensì ad un gruppo di lavoro

multidisciplinare .

Pertanto, in questa ultima fase attuativa, il Servizio ispettivo , coordinato ai sensi del regolamento aziendale dalla sottoscritta in qualità di RPCT, potrà/dovrà procedere ad una verifica a campione delle dichiarazioni rese dai dipendenti come indicato dalla normativa di riferimento .

Attività 2018 : attuazione della procedura

Nel corso del prossimo anno si tratta di dare concreta attuazione alla procedura attraverso le tre fasi attuative per cui il RPCT , in collaborazione con il Direttore dell'Area amministrazione del personale, sarà tenuto a procedere secondo quanto già stabilito .

Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità

Misure di carattere generale	Stato di attuazione al 1 gennaio 2018	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Soggetto responsabile
<p>Obbligo di comunicazione e astensione in caso di conflitto di interesse</p> <p>(art. 5,6,e 7 Codice di comportamento)</p>	<p>IN ATTUAZIONE</p> <p>predisposta procedura approvata dalla Direzione</p> <p>Gruppo di lavoro regionale (di cui il RPCT fa parte) che predispone la modulistica per la raccolta delle comunicazioni dei dipendenti</p>	<p>Fase I: Inserimento della modulistica nel portale del dipendente entro giugno 2018;</p> <p>Fase II: Richiesta generalizzata di compilazione rivolta a tutti i dipendenti;</p> <p>Fase III: Verifiche sulle dichiarazioni rese entro il 31/12/2018.</p>	<p>Fase I: Presenza della modulistica nel portale del dipendente;</p> <p>Fase II: Invio della richiesta generalizzata;</p> <p>Fase III: RPCT e servizio ispettivo Attivazione delle verifiche.</p>	<p>Fase I: Responsabile dell'Area Amministrazione del Personale;</p> <p>Fase II: Responsabile dell'Area Amministrazione del Personale;</p> <p>Fase III: Responsabile del Servizio Ispettivo.</p>

3.4.2. Le comunicazione dei dipendenti che fanno parte di Commissioni di gara e concorsi

L'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 è una norma che ha lo scopo di prevenire il fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni di gare di concorso etc. . I soggetti , infatti, condannati , anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, non possono fare parte di :

- a) commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi anche con compiti di segreteria,
- b) 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'accertamento dell'esistenza di eventuali cause ostative, di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001, 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.

Attività svolta nel corso del 2017 : commissioni Estar – attività 2018

Le commissioni di cui ai precedenti punti a) e b) sono costituite 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) - che per conto delle aziende del servizio sanitario regionale gestisce appalti di evidenza pubblica e concorsi pubblici.

In questi casi l'intervento del RPCT si è concretizzato nel dare supporto al dipendente dell'azienda individuato per far parte delle commissione .

Estar , per la valutazione del conflitto di interessi, richiede la dichiarazione pubblica di interessi richiamata dalla Determina ANAC 12/2015 : in questo caso il RPCT chiarisce al dipendente che non si tratta di un modulo aziendale, ma che la dichiarazione può essere compilata solo on-line sul sito di AGENAS.

In alternativa a tale dichiarazione , ESTAR fornisce la possibilità di compilare degli appositi allegati che sono vengono trasmessi direttamente all'interessato .

il RPCT fa presente agli interessati che comunque sono tenuti a compilare le dichiarazioni di cui agli artt. 6/1 e 13/4 del Codice di comportamento (ex D.P.R. 62/2013) e al riguardo vengono forniti al dipendente appositi moduli predisposti dal RPCT . L'ufficio RPCT fa presente , inoltre, che , in attesa dell'attivazione della procedura informatica che consentirà la raccolta sul portale del dipendente di queste dichiarazioni , le stesse , fino a quel momento , dovranno essere conservate a cura del dipendente .

Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità

Misure di carattere generale	Stato di attuazione al 1 gennaio 2018	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Soggetto responsabile
Dichiarazioni per componenti commissione concorsi e gare	IN ATTUAZIONE	vedi attuazione della procedura di cui al precedente paragrafo 3.4.1.	vedi indicatori di cui al precedente paragrafo 3.4.1.	vedi Responsabile di cui al precedente paragrafo 3.4.1.

3.4.3. Autorizzazioni per lo svolgimento di attività extra-istituzionali (verifica preventiva sulla presenza o meno di conflitto di interessi)

Introduzione : normativa di riferimento

L'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra istituzionali per le richieste presentate ai sensi dell'art. 53 Dlgs 165 che comporta una preventiva valutazione sulla presenza o meno del conflitto di interessi tra la posizione ricoperta dal dipendente in azienda e l'attività extra istituzionale che questi andrebbe a svolgere (saltuaria e occasionale)

Il D.Lgs. 165/2001, così come modificato dalla Legge 190/2012, introduce una serie di prescrizioni che riguardano la possibilità di svolgere attività ed incarichi retribuiti extra-istituzionali da parte dei dipendenti previa autorizzazione da parte dell'Azienda.

La norma prevede inoltre che l'Azienda non possa conferire ai dipendenti incarichi, non compresi nei compiti e nei doveri di ufficio, che non siano espressamente previsti o disciplinati da legge o altre fonti normative o che non siano espressamente autorizzati.

Nel rispetto di quanto prevede l'art. 53 del D.Lgs. 165/2001, l'Azienda può rilasciare, infatti, l'autorizzazione ad effettuare incarichi extra servizio nel caso in cui gli stessi abbiano carattere di occasionalità, saltuarietà, non siano in contrasto né determinino un pregiudizio all'Azienda, non rappresentino o possano rappresentare un conflitto di interessi anche potenziale con l'Azienda e con l'attività istituzionale che il dipendente svolge. Il principio di esclusività è stato inoltre attenuato con la previsione normativa introdotta dalla Legge 662/1996 che ha disciplinato la possibilità per il dipendente di svolgere un'altra attività lavorativa purché questo si trovi in part-time con una prestazione lavorativa non superiore al 50% e purché l'altra attività lavorativa non sia in "conflitto di interessi" con l'attività svolta presso l'Azienda.

L'autorizzazione all'esercizio di incarichi retribuiti extra istituzionali e l'autorizzazione a svolgere altra attività lavorativa in presenza di un part-time al 50% dell'orario di lavoro, deve essere disposta dagli organi competenti dell'Azienda secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente.

Attività svolta nel corso del 2017 e sviluppi 2018

Il Dipartimento Risorse Umane aziendale, Area amministrazione del personale, in seguito alla riorganizzazione aziendale, ha intrapreso un percorso di unificazione dei regolamenti che regolavano l'autorizzazione allo svolgimento di attività extra istituzionali presso le ex Aziende.

Il nuovo regolamento unico aziendale sarà completato nel corso del 2018 secondo i tempi previsti ed indicati nella tabella riassuntiva finale. Il regolamento tiene conto oltre che di tutte le prescrizioni previste dalla normativa vigente e di tutte le indicazioni fornite dall'ANAC.

Insieme al regolamento è stata predisposta una specifica modulistica.

La bozza di regolamento, dopo aver disciplinato l'ambito di applicazione ed aver definito il conflitto di interesse, individua in particolare:

- a) le attività assolutamente incompatibili, cioè quelle attività che sono svolte con continuità, sistematicità e abitudine ed in modo professionale
- b) le attività compatibili, cioè quelle attività che presentano le caratteristiche della saltuarietà ed occasionalità e, nell'ambito di queste:

- le attività soggette ad autorizzazione, specificando la procedura da seguire per il rilascio della stessa e la relativa modulistica
- le attività soggette a mera comunicazione, e la relativa modulistica indicando, per ciascuna di queste, a mero titolo esemplificativo, diverse tipologie di attività.

E' stato inoltre deciso di ricondurre nell'ambito dell'attività extraistituzionale le CTU, sia pure come attività soggette a mera comunicazione e le CTP, queste ultime come attività soggette invece a specifica autorizzazione.

Sono inoltre disciplinati, nell'ambito del regolamento, gli adempimenti legati all'anagrafe delle prestazioni.

E' stata infine predisposta una specifica regolamentazione per le attività di docenza svolte dagli operatori del PISLL dirigenza e comparto nelle materie di cui al D. Lgs.vo n. 81/2008, che mira anche in questo caso ad uniformare i diversi comportamenti adottati nelle ex aziende.

Le docenze in questione, al fine di evitare qualsiasi conflitto di interesse anche meramente potenziale ed anche al fine di uniformarsi agli indirizzi impartiti dalla Regione Toscana con la delibera n. di GRT 151/2016, vengono ricondotte ad apposite convenzioni fra l'azienda ed il soggetto conferente; il dipendente che effettua la docenza deve dunque essere individuato dall'Azienda ed il pagamento della prestazione è effettuato

direttamente a quest'ultima sulla base di specifiche tariffe e poi riversato in percentuale al dipendente direttamente dall'Azienda.

Per quanto concerne l'attività extraistituzionale dell'Azienda USL Toscana Centro la situazione, relativa all'anno 2017, risulta essere la seguente:

- autorizzazioni complessivamente rilasciate n. 2164 di cui n. 1351 per la dirigenza e 813 per il comparto.
 - dinieghi espressi complessivamente n. 32 di cui n. 6 per la dirigenza e n. 26 per il comparto
- Non sono state effettuate verifiche sulle dichiarazioni in quanto, a supporto delle domande di autorizzazione, è stato chiesto di produrre la documentazione relativa all'incarico da parte del soggetto conferente.

I riferimenti sono stati i regolamenti, le direttive o la prassi esistente in materia nelle ex aziende sanitarie.

Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità

Misure di carattere generale	Stato di attuazione al 1 gennaio 2018	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Soggetto responsabile
Gestione dello svolgimento di incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali	bozza regolamento aziendale e quindi superamento della normativa delle ex Aziende	approvazione regolamento aziendale (entro giugno 2018)	Delibera Direttore generale di approvazione regolamento	Area amministrazione del personale

3.4.4. Attività del dipendente successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage) (verifica sulla presenza o meno di conflitto di interessi)

La legge 190 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001 volto a contenere il **conflitto di interesse emergente dall'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro**. ovvero 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;

Tabella riassuntiva: lo stato, le fasi di attuazione e le responsabilità

Misure di carattere generale	Stato di attuazione al 1 gennaio 2018	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Soggetto responsabile
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	IN ATTUAZIONE			

3.4.5. Rotazione del personale e criticità connesse al 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.

La rotazione del personale è stata introdotta dall'art. 1, comma 5, lettera b) della Legge 190/2012, 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 di funzionamento organizzativo e quindi deve essere correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

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.

3.5. Rapporti con gli stakeholder

Gli stakeholders (portatori di interesse) principali per la promozione della sicurezza sono i cittadini, i familiari, le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, le associazioni di volontariato, gli enti locali, il personale e i dirigenti delle aziende sanitarie, i sindacati e le assicurazioni. Il coinvolgimento dei familiari rende più efficace l'intervento, assicurando da parte loro una collaborazione mirata al personale nella fornitura di informazioni circa l'assistito, la identificazione e segnalazione delle incongruenze rispetto ai piani assistenziali concordati e ad eventuali aspetti anomali nell'ambiente.

Il coinvolgimento di tutti questi soggetti deve essere sempre più un obiettivo aziendale al fine di acquisire e rinnovare la consapevolezza dei rischi, identificare possibili nuovi determinanti degli stessi pericoli e permette, quindi, di realizzare un sistema integrato per la gestione del rischio clinico.

Lo sviluppo di alleanze fra l'azienda, operatori, cittadini e pazienti è una componente fondamentale di un sistema sanitario che voglia migliorare i propri livelli di sicurezza e la qualità dell'assistenza. 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.

La normativa italiana ha previsto la partecipazione attiva delle Organizzazioni dei cittadini ed associazioni di volontariato (DPR 502/517 1992; DPCM19 maggio 1995, GU del 31.05.1995, n. 125, DL 229/1999) nelle fasi di programmazione e di valutazione dei servizi.

Il Comitato di partecipazione, presente in Azienda, in cui sono rappresentate le associazioni rappresentanti gli utenti viene consultato per il costante miglioramento delle soluzioni introdotte, stimolando anche la loro collaborazione ad una capillare informazione di gruppi e cittadini.

Il Comitato viene sentito sulle questioni di ordine programmatico. Esprime pareri sugli atti di progettazione aziendale relativamente a problematiche che riguardano il rispetto dei diritti dei cittadini, la qualità ed il miglioramento dei servizi e dei percorsi sanitari.

A tal fine il rappresentante aziendale dell'Urp in seno al Comitato presenta tali proposte di variazione nella prima seduta utile prima della loro effettiva e concreta attivazione al fine di acquisire in merito il parere del Comitato.

Al fine di una comunicazione più efficace ed approfondita delle materie di cui sopra, potranno essere organizzati anche incontri con la direzione sanitaria aziendale . i direttori dei dipartimenti interessati alla gestione dei servizi..

Il Comitato verifica il rispetto delle garanzie e degli impegni indicati dalla Carta dei servizi, tenendo conto anche dell'evoluzione degli indicatori di qualità, promuove l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi orientati verso i cittadini-utenti, definiti a livello regionale, con particolare riferimento al repertorio regionale degli impegni per la Carta dei servizi sanitari vigente; partecipa a progetti di livello regionale o nazionale per la messa a punto di strumenti di valutazione partecipata della qualità delle strutture sanitarie.

Promuove e partecipa a indagini di soddisfazione. Segnala l'eventuale mancata applicazione di normative e/o disposizioni.

In accordo con la Direzione aziendale, effettua visite presso i presidi aziendali al fine di contribuire al miglioramento dei servizi.

Il Comitato collabora con l'Azienda nei processi informativi e di comunicazione tra l'Azienda e il cittadino al fine di favorire la produzione di informazioni comprensibili ed efficaci, e promuovere un uso appropriato e consapevole dei servizi sanitari, da parte dei cittadini.

L'Azienda è consapevole che quando l'utente partecipa al processo decisionale la sua soddisfazione è maggiore, i risultati clinici migliorano, accetta le decisioni prese 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; Un contributo specifico sui requisiti di coinvolgimento del paziente da parte del sistema proviene dalle Raccomandazioni del Consiglio d'Europa, che prevedono -tra l'altro- che le informazioni relative alla sicurezza: Vi deve essere il coinvolgimento dei pazienti e del personale nella definizione e verifica delle procedure cliniche, delle attrezzature e delle infrastrutture;

a comunicazione ai pazienti su chi è responsabile della loro cura, specialmente quando è presente una équipe multidisciplinare.

Molteplici azioni sono state prese ed ancora possono essere intraprese dall'azienda ai vari livelli della comunità e dei servizi per il coinvolgimento nella sicurezza, tra cui si citano:

- diffondere delle linee guida rivolte ai cittadini , ai familiari nelle strutture sanitarie, presidi e sul sito internet aziendale, mettendo in atto diversificate forme di collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, le farmacie, le scuole e le associazioni di volontariato e di rappresentanza dei cittadini;
- coinvolgere il paziente nelle scelte diagnostico-terapeutiche, in particolare rispetto agli esami diagnostici che prevedono l'uso di radiazioni ionizzanti, la somministrazione di sostanze radioattive, campi magnetici, esami di laboratorio, per una migliore conoscenza delle problematiche e rischi verso se stessi e gli altri, e per l'espressione consapevole del consenso informato;
- promuovere campagne informative su come i soggetti possono collaborare per la sicurezza delle cure, anche attraverso la redazione e distribuzione di fogli informativi per aree particolari, quali il lavaggio delle mani, il rischio di caduta, l'uso appropriato dei farmaci ed i comportamenti da assumere in specifici ambiti di assistenza (ospedale, domicilio, ambulatorio, residenza sanitaria assistenziale (RSA), Hospice..);
- coinvolgere i pazienti ed i familiari nella segnalazione e, quando appropriato, nell'analisi degli eventi avversi (o evitati);

- utilizzare un sistema integrato di tecnologie per la raccolta dei suggerimenti per il miglioramento della sicurezza.

La comunicazione al riguardo costituisce uno strumento fondamentale creando i presupposti 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.

L'obiettivo è la promozione di azioni per la diffusione di una cultura orientata all'impegno di ciascuno a creare un'organizzazione più sicura, al di là delle proprie specifiche competenze e di ruoli e responsabilità; ciascuno deve concorrere alla mappatura dei rischi ed alla identificazione ed adozione di misure di prevenzione, oltre che apprendere dagli errori quando si verificano.

Una diffusa cultura della sicurezza nella organizzazione, consente di identificare punti di forza e criticità ed adottare di conseguenza la migliore strategia di sviluppo.

La identificazione di attività per il miglioramento della sicurezza va realizzata con l'ausilio delle organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, che possono utilmente collaborare alle campagne di sensibilizzazione.

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.

4. PARTE QUARTA : IL MONITORAGGIO E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO GENERALI DEL SISTEMA

Monitoraggio 2017

Il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure individuate dal Piano triennale di prevenzione della corruzione è uno degli strumenti più rilevanti nel sistema di anti-corruzione, in quanto evidenzia che cosa l'amministrazione sia concretamente in grado di attuare, in termini di prevenzione dei comportamenti corruttivi.

Un'attività di monitoraggio concreta deve essere finalizzata anche a **verificare l'effettiva sostenibilità delle misure proposte dalle strutture** in sede di prima rilevazione, al fine di dare maggiore precisione alle misure stesse, indicando se vi siano misure troppo astratte o inefficaci e cercando, in tale modo, di evitare il controproducente fenomeno dell'"iper-regolamentazione".

La verifica tende, quindi, ad accertare la corretta applicazione delle misure predisposte, con le modalità e nei tempi previsti e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio di fenomeni corruttivi o di *mala gestio*, attraverso l'attuazione di condizioni che ne rendano più difficile la realizzazione.

Per quanto riguarda gli esiti della verifica sull'attuazione delle misure previste nel PTPC 2017/2019 . è stata **effettuata un'analisi di assessment generalizzata che ha riguardato, soprattutto, la mappatura dei processi e gli obblighi di pubblicazione in un'ottica di miglioramento continuo che caratterizza il sistema (vedi parte prima del Piano "Miglioramento continuo")** .

L'attività di monitoraggio per il 2017 è stata fortemente influenzata dalla nuova organizzazione aziendale, in particolare dalla costituzione delle nuove strutture aziendali con i relativi nuovi responsabili e la distribuzione di competenze (da ottobre 2017) non più corrispondenti alla organizzazione aziendale che si andava superando, come ampiamente illustrato nella parte prima del piano.

Con le nuove attribuzioni di responsabilità , veniva a cessare, infatti, la fase transitoria nella quale erano rimaste in piedi le "vecchie" strutture organizzative afferenti alle ex Azienda sanitarie e dunque estremamente frammentate , confluite dal 1° gennaio 2016 , per essere sostituite da nuove strutture a valenza aziendale .

La costituzione delle nuove strutture organizzative con la nomina di nuovi direttori , accompagnata da una diversa distribuzione delle competenze etc. ha messo in evidenza come la gran parte delle misure proposte nel Piano 2017 – 2019 che erano state concordate con i "vecchi" responsabile sulla base di competenze oggi assolutamente diverse , erano, in realtà in gran parte non applicabili alla luce della nuova organizzazione .

Da qui la necessità di analizzare "da capo" i processi aziendali che nel corso del 2017 , ed in particolare da ottobre ovvero quando sono state assegnate le nuove responsabilità e competenze , trovavano una diversa collocazione all'interno di strutture che nel periodo antecedente non erano presenti .

L'esito finale dell'attività di monitoraggio ha dimostrato inoltre, non soltanto la necessità di rivedere le misure specifiche e generali di mitigazione del rischio corruzione per adattare alla nuova organizzazione aziendale, ma ha consentito inoltre un riesame complessivo del sistema e quindi la necessità di prevedere alcuni aggiustamenti di carattere generale (di seguito **4 "azioni di miglioramento"**) che devono caratterizzare l'intero sistema , in primo luogo definendo un Piano , quello attuale, che come accennato nell'introduzione, è stato rivisto in termini di concretezza e possibilità attuative, sia in termini di analisi e mappatura dei processi con le conseguenti misure specifiche e generali di prevenzione del rischio, che con l'assestamento e il riadattamento delle misure generali .

Azioni specifiche di miglioramento del sistema :

Le quattro azioni di miglioramento - ritenute necessarie in seguito all'azione di monitoraggio, valutazione e riesame - che devono caratterizzare l'intero sistema nel prossimo futuro sono le seguenti :

Azione di miglioramento n. 1

Maggiore approfondimento nell' analisi nella mappatura dei processi al fine di individuare idonee misure di contrasto a possibili eventi corruttivi

Descrizione

L'esperienza degli anni scorsi utilizzata per la mappatura dei processi ci ha portato a considerare maggiormente produttivo un sistema che possa scongiurare il pericolo di mappare tutta una serie di processi anche quantitativamente rilevanti senza però il necessario approfondimento ai fini di una corretta individuazione delle misure di anticorruzione .

Per scongiurare tale criticità nel corso dell'anno 2017 , basandosi su un principio di prudenza, abbiamo privilegiato un sistema di mappatura qualitativo piuttosto che quantitativo in modo tale che l'analisi del processo fosse più approfondita con una conseguente più appropriata misurazione del rischio.

Per la descrizione di tale azione di miglioramento in maniera più completa e descrittiva si fa rinvio alla parte seconda del Piano relativa la gestione del rischio corruzione

Azione di miglioramento n. 2

Incremento e sistematizzazione dell'attività di verifica, controllo e monitoraggio

Descrizione:

Promozione di azioni di verifica sull'utilizzo degli strumenti previsti per il contrasto della corruzione.

L'obiettivo consiste, anche, nell'applicazione di forme di monitoraggio periodico delle misure di prevenzione previste dal P.T.P.C. e della loro effettiva efficacia.

Per la descrizione di tale azione di miglioramento in maniera più completa e descrittiva si fa rinvio al paragrafo n. 3.4.

Azione di miglioramento n. 3

Individuazione di maggiori livelli di trasparenza e di integrità

Descrizione:

Miglioramento della fase relativa alla pubblicazione dei dati e della qualità degli stessi. Nell'ambito di tale obiettivo, sarà da valutare la previsione di azioni volte al miglioramento della qualità dei dati pubblicati nel senso che, oltre alla necessità di pubblicare i dati in formato di tipo aperto, deve essere garantito, anche, il costante aggiornamento, la tempestività, la completezza, la semplicità di consultazione e la comprensibilità dei dati e delle informazioni pubblicate.

Implementazione effettiva della piattaforma informatica per assicurare il miglioramento dei flussi informativi ai fini della pubblicazione dei dati on line.

Occorre che, a partire dalla piattaforma informatizzata disponibile sulla rete intranet, siano sviluppati anche nuovi sistemi di pubblicazione dei dati che consentano una maggiore rapidità di inserimento degli stessi nella sezione "Amministrazione trasparente" e il relativo monitoraggio periodico .

Per quanto concerne il collegamento con gli obiettivi di prevenzione della corruzione, si rinvia alla Parte prima del presente Piano.

In considerazione della valenza del principio generale di trasparenza in correlazione con il profilo dell'integrità dell'azione amministrativa, l'Azienda intende elevare l'attuale livello della trasparenza da attuare nel corso del prossimo triennio di programmazione, anche tramite l'individuazione di "dati ulteriori" da pubblicare rispetto a quelli obbligatori previsti dalla normativa. Particolare attenzione, poi, deve essere data all'istituto dell'accesso civico così come novellato dal D.Lgs. n.97/2016, valutando, in base all'impatto che esso avrà sugli uffici, la promozione di adeguati interventi organizzativi.

Per la descrizione di tale azione di miglioramento in maniera più completa e descrittiva si fa rinvio alla parte quarta del Piano.

Azione di miglioramento n. 4

Nell'ambito della creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione applicazione delle misure previste nel Codice di comportamento, in particolare il conflitto di interessi

Descrizione:

Applicazione attenta e relativo monitoraggio del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n.62/2013) e del relativo Codice di comportamento dei dipendenti aziendali

Per la descrizione di tale azione di miglioramento in maniera più completa e descrittiva si fa rinvio al paragrafo n. 3.4 del Piano

Programma per l'attività di monitoraggio 2018

Proprio l'esito dei monitoraggio ed alla luce dell'esperienza condotta nell'anno 2017, è stato possibile definire una ri-programmazione del sistema nel suo complesso e quindi delle misure specifiche e generali di prevenzione .

Come illustrato nella parte II e III del Piano , sono state individuate per il 2018 :

- a) 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)
- b) per le misure generali di prevenzione (parte III del Piano) 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.

Misure di carattere generale	Stato di attuazione al 1 gennaio 2018	Fasi e tempi di attuazione	Indicatori di attuazione	Soggetto responsabile

Sulla base di questi presupposti , è possibile attivare un'attività di controllo e riesame che sia in grado di consentire al R.P.C.T. un'azione di monitoraggio periodico circa "l'andamento dei lavori" e di intraprendere le iniziative più adeguate ed azioni di miglioramento nel caso di scostamenti rispetto a quanto programmato . Il monitoraggio sarà attuato utilizzando, preferibilmente, i sistemi informatici che abbiamo a disposizione (cartelle excel) . Questi sistemi, anche se al momento molto semplici, consentono comunque la tracciabilità del processo e la verifica immediata dello stato di avanzamento.

Si prevedono due livelli di monitoraggio e controllo interni che saranno descritti nei paragrafi seguenti e che hanno lo scopo di misurare, in modo affidabile e ripetibile, il funzionamento del sistema in tutte le sue parti, di tenere sotto osservazione le attività, evidenziandone eventuali scostamenti ed eventuali carenze e permettono di definire gli interventi necessari per assicurare il raggiungimento degli obiettivi programmati.

Il monitoraggio e il controllo di I livello hanno lo scopo di verificare, per ciascun processo aziendale analizzato e per ogni misura di carattere generale prevista nel Piano, la corretta implementazione dei provvedimenti previsti dal P.T.P.C. ed il rispetto dei tempi procedurali stabiliti e previsti.

Il monitoraggio di I livello è svolto dal Direttore di struttura competente (RESP) attraverso la verifica costante degli indicatori e delle misure specifiche di mitigazione del rischio individuate nelle schede di analisi dei processi riferiti alla struttura di appartenenza ovvero attraverso modalità previste dalle procedure associate a ciascun processo.

La stessa verifica deve essere effettuata anche per le misure di carattere generale di prevenzione se il RESP è coinvolto, in tutto o in parte, nella loro realizzazione.

Se nell'attività di verifica vengono rilevate delle non conformità a quanto programmato sulla base dei tempi prestabiliti, il Direttore di struttura, informato il Direttore di Dipartimento afferente, deve intervenire tempestivamente intraprendendo le azioni correttive necessarie alla rimozione del problema riscontrato.

I RESP, responsabili dell'attuazione delle singole misure di prevenzione del rischio e nell'attuazione delle misure di carattere generale, se in queste coinvolti, sono tenuti a trasmettere tempestivamente al R.P.C.T., le non conformità, riscontrate sulla base del monitoraggio effettuato.

Se tali non conformità, non sono risolte in via autonoma dal RESP, devono essere comunicate al R.P.C.T. con nota scritta (anche per mail). Nella nota deve essere indicato il problema riscontrato nell'attuazione della misura ovvero le motivazioni della mancata attuazione nei termini programmati. Nella stessa nota 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.

L'audit interno, se valutato necessario, ha lo scopo di stabilire se in una specifica area tecnico amministrativa o sanitaria interessata all'attuazione delle misure di mitigazione del rischio, sia possibile raggiungere gli obiettivi programmati in maniera conforme a quanto pianificato. Si tratta di una valutazione circa la rispondenza ai criteri prefissati delle attività e dell'output di ciascun processo attraverso l'utilizzo di strumenti per la raccolta e l'analisi di evidenze.

Gli audit saranno svolti da un team composto dal R.P.C.T., in qualità di responsabile, dai componenti del GPL e dai Referenti dei dipartimenti aziendali (vedi parte I del piano paragrafo 1.3). Il gruppo potrà essere integrato di volta in volta, in caso di necessità, da esperti del settore oggetto di verifica.

Gli audit sono effettuati in accordo con i responsabili del Dipartimento e delle strutture interessate, raccoglie le evidenze oggettive necessarie alla valutazione della correttezza delle procedure e delle istruzioni di sistema, della loro effettiva applicazione e delle azioni di informazione, formazione e sensibilizzazione intraprese: il gruppo di audit, infine, elabora le risultanze dell'audit. Al termine dell'audit, infatti, il gruppo riporta le risultanze nel rapporto di audit evidenziando le non conformità rilevate e programma, in collaborazione con i DIR e i RESP di riferimento strategie alternative di intervento.

5. PARTE QUINTA : LA TRASPARENZA E L'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

Introduzione : il principio generale di trasparenza

La trasparenza, nell'ultima accezione introdotta dal Dlgs 97/2016, è ora definita come **“accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”**

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.

L'attuazione del principio di trasparenza – trasversale a tutti i settori e le azioni aziendali- si realizza, anche attraverso la concreta applicazione di questi strumenti :

- a) la pubblicazione dei dati obbligatori in Amministrazione trasparente
- b) l'accesso civico semplice
- c) l'accesso civico generalizzato (il c.d. Foia)

5.1. Obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente e il nuovo Albero della Trasparenza

5.1.1. Il nuovo Albero della trasparenza della AUSL T.C.

Con la costituzione di ASL Toscana Centro è stato creato un nuovo sito aziendale con una sezione Amministrazione Trasparente, che dopo l'entrata in vigore del D.Lgs 97/2016 è stato completamente sostituito con un nuovo **Albero della Trasparenza** che contiene le sezioni (categorie) in cui pubblicare i dati obbligatori come indicati nell'allegato A dello stesso Decreto.

All'inizio dell'anno 2017 abbiamo potuto verificare che la pubblicazione dei dati sul nuovo sito aziendale avveniva in modo scarsamente coordinato, confuso e spesso l'interfaccia lato utente non era sufficientemente comprensibile né facilmente accessibile.

Inoltre la gestione informatica della sezione Amministrazione Trasparente era demandata completamente al personale informatico di ESTAR , quindi non solo esterno alla struttura , ma anche alla nuova Azienda . Questo dato, come facilmente si può capire, comportava gravi disagi nel lavoro . Non era possibile, infatti, effettuare da parte dell'ufficio anticorruzione /trasparenza alcuna modifica all'Albero e ciò ha comportato la creazione di spazi di pubblicazione eccessivi , inutili e poco chiari rispetto alla previsione degli obblighi normativi.

La prima azione realizzata è stata quella di rimettere “a pulito” l'Albero e fare in modo che i dati pubblicati fossero di facile accesso e comprensione da parte degli utenti esterni. A questo scopo abbiamo chiesto al Sistema informativo di avere la possibilità di intervenire direttamente sulla struttura dell'Albero e il personale addetto è stato abilitato ad effettuare direttamente modifiche strutturali alla configurazione di A.T.

Contemporaneamente i contenuti pubblicati sono stati riorganizzati all'interno delle categorie e, laddove necessari, degli articoli, in modo più sistematico e visivamente logico e semplice in modo da essere più

comprensibili anche nell'aspetto grafico, aspetto che è sicuramente di grande importanza nel momento in cui ci si rivolge all'esterno e al cittadino.

Non si può tralasciare un cenno al grave incidente informatico avvenuto in data 26 settembre 2017 a seguito del quale sono stati persi tutti i dati inseriti nel sito aziendale nello spazio di "Amministrazione trasparente" dal 5 giugno al 22 ottobre 2017. Le cause tecniche di tale incidente sono riportate nella Relazione di 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 - agli atti della S.O.S. Affari Generali. Al riguardo è opportuno evidenziare che, insieme alla perdita dei dati inseriti, è andata perduta anche la nuova struttura dell'albero della trasparenza (categorie, titoli, articoli etc.) che l'ufficio aziendale competente aveva ridefinito in seguito all'introduzione del Dlgs 97/2016 e di conseguenza sono stati disattivati gli account che erano stati attribuiti a determinati dipendenti aziendali eliminando quindi per questi la possibilità di inserire direttamente i dati in Amministrazione trasparente causando, di fatto, un blocco nell'operazione di inserimento dati che è stato risolto soltanto in data 22 ottobre 2017, quando gli account editoriali sono stati ripristinati.

Ciò ha comportato un lavoro suppletivo per l'Ufficio che ha dovuto ripristinare ex novo la struttura dell'Albero, perduta dopo l'incidente, e inserire nuovamente una parte della documentazione già pubblicata, rimanendo invece irrimediabilmente perduta la restante documentazione.

5.1.2. Riorganizzazione dell'attività di pubblicazione

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 ampie dimensioni e di vastissime competenze come AUSL T.C.

E' stat 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).

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.

5.1.3. Il nuovo approccio con le strutture che detengono i dati ed il ruolo dei "referenti"

Nel corso del 2017, è stato inoltre ritenuto opportuno impostare 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 di cui abbiamo parlato nella terza parte del piano.

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

Tali referenti, come abbiamo già accennato come per la gestione del rischio anche per la trasparenza 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

A questi successivamente si è aggiunto il Referente 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 organicità dei dati.

I referenti hanno svolto, in particolare, le funzioni di:

- attività di raccordo tra i Direttori, i Responsabili e il R.P.C.T. per l'individuazione, valutazione, preparazione dei dati riferiti ai dipartimenti di loro riferimento
- coordinamento degli uffici e delle strutture interne al loro dipartimento, predisponendo, in accordo con il RPCT, indicazioni utili alla produzione del dato in modo da renderlo conforme alle modalità e formati di pubblicazione;
- informazione nei confronti del R.P.C.T., affinché questi abbia elementi e riscontri utili per l'organizzazione del lavoro e delle competenze delle strutture, sull'attività svolta e sui controlli effettuati
- monitoraggio sull'attuazione di quanto previsto dal P.T.P.C.;

5.1.4. Azioni specifiche 2017

Nel corso del 2017, 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 :

- Sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici
- Bandi di gara e contratti
- Collaborazioni

Nel primo settore di attività, nel rispetto delle competenze dei Responsabili delle Strutture coinvolte nella pubblicazione dei dati, e in collaborazione con il Referente del Dipartimento Decentramento, sono state elencate tutte le tipologie di contributi erogati in tutta l'Azienda con indicazione dei criteri e modalità di concessione previsti dalla normativa. Inoltre è stato predisposto un format unico per tutti gli uffici della ATC in modo che i dati pubblicati siano facilmente comparabili e soprattutto rispondano ai requisiti previsti dal D.Lgs 33/2013.

Nel secondo settore si è proceduto ad una revisione dell'elenco dei RUP di ATC che poi sono stati adeguatamente formati, insieme con i 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. Nel terzo caso, anche in collaborazione con il direttore dell'Area Amministrazione del personale, è stato programmato una più semplice e chiara pubblicazione dei curricula dei soggetti a cui l'azienda ha affidato gli incarichi di collaborazione ai sensi dell'art. 7 Dlgs 165/2001.

5.1.5. Azioni di miglioramento per il 2018

Per il 2018 si ritengono prioritarie le seguenti azioni di miglioramento :

- a) completare il decentramento della pubblicazione dei dati e creare degli account di Dipartimento e degli account specifici alle persone individuate dai Direttori di Dipartimento.
- b) migliorare la qualità dei dati pubblicati anche sotto il profilo del formato digitale aperto;
- c) proseguire ed ampliare la formazione sulla trasparenza ed in particolare sull'accesso civico generalizzato ;
- d) Inserire la trasparenza nel Piano Comunicazione aziendale con progetti che portino ad una diffusione della cultura della trasparenza;
- e) aggiornare gli obblighi di pubblicazione in caso di riorganizzazioni aziendali;
- f) definire i tempi di pubblicazione per tutti i dati oggetto di pubblicazione e monitorare sistematicamente i tempi .

5.1.6. Istruzioni operative per la procedura di pubblicazione dei dati obbligatori

Finalità

La procedura disciplina il processo di individuazione, elaborazione e pubblicazione dei dati obbligatori in amministrazione trasparente ai sensi del D.Lgs. 33/2013 della Legge.190/2012 e a tutti eventuali altri obblighi indicati in norme, leggi etc. .

Applicabilità

La procedura si applica a tutti i dipartimenti, le strutture, i processi e i procedimenti della AUSL Toscana Centro.

Monitoraggio e controllo

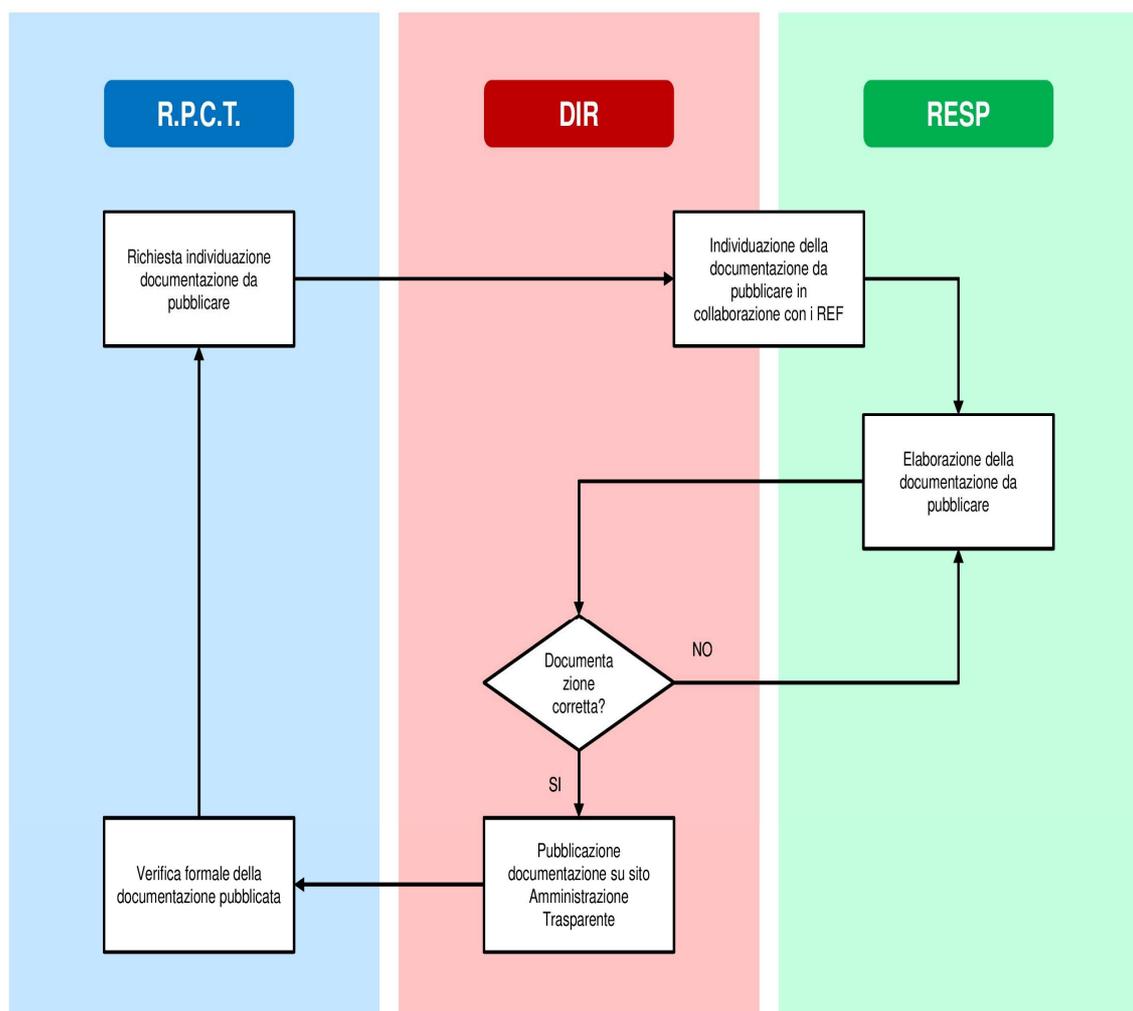
Il DIR (Direttore di Dipartimento o di Staff) e i RESP (direttori di struttura) effettuano il monitoraggio e controllo sul processo di gestione degli adempimenti di trasparenza con le modalità previste nel P.T.P.C..

Il R.P.C.T. effettua il monitoraggio e controllo sul processo di gestione degli adempimenti di trasparenza con le modalità previste nel P.T.P.C..

Fasi operative

Istruzioni operative	Responsabilità	Documenti di riferimento
INDIVIDUAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE		
<p>1) Individuazione della documentazione oggetto di pubblicazione obbligatoria suddivisa per le competenze dei Dipartimenti</p> <p>Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (R.P.C.T.) , in collaborazione con il Gruppo di lavoro, individua e quindi propone ai DIR (direttori di dipartimento e di Staff) i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria di loro competenza riportati nelle apposite tabelle di Anac .</p> <p>Le tabelle sono e trasmessi ad ogni DIR .</p>	R.P.C.T.	P.T.P.C.T.
<p>2) Verifica dell'attribuzione degli obblighi e delle responsabilità:</p> <p>I Direttori di Dipartimento (DIR), in collaborazione con i propri Responsabili di Struttura (RESP) e Referenti (REF), verificano la corretta attribuzione degli obblighi di pubblicazione riferiti al proprio Dipartimento e individuano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la Struttura e il direttore titolari dell'obbligo di trasmissione del dato - il nominativo del dipendente responsabile dell'obbligo di pubblicazione. <p>Questi dati sono riportati nell'allegato 2 al presente PTPCT (tabella degli obblighi di pubblicazione)</p>	DIR RESP	
ELABORAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE		
<p>3) Elaborazione della documentazione</p> <p>Ogni RESP dei Dipartimenti raccoglie ed elabora la documentazione di propria competenza riportata nella tabella di cui al punto 1)</p>	RESP	
VALIDAZIONE E PUBBLICAZIONE		
<p>4) Validazione e pubblicazione della documentazione:</p> <p>Il RESP trasmette tempestivamente tutta la documentazione di competenza della propria struttura al DIR da cui dipende il quale previa verifica , valida i dati per la pubblicazione .</p> <p>In caso contrario , rinvia la documentazione al RESP per una ulteriore revisione fino a quando il DIR non approva , in via definitiva i dati da pubblicare e la trasmette al RPCT .</p>	DIR Responsabile della pubblicazione	

La figura sottostante schematizza la procedura per la verifica dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria



5.2. L'accesso civico in Azienda

5.2.1. L'Accesso civico semplice

Con delibera del Direttore generale n. 1284 del 26 ottobre 2017 è stato approvato il regolamento aziendale in materia di accesso civico semplice e generalizzato che ha definito una nuova e apposita organizzazione aziendale in grado di dare concreta attuazione ai nuovi istituti e ha consentito ai soggetti esterni interessati di avere un punto unico a cui rivolgersi delle procedure chiare a cui fare riferimento .

In sintesi, per quanto riguarda l'istanza di accesso civico semplice, questa deve essere trasmessa al Responsabile anticorruzione e trasparenza i cui riferimenti sono stati indicati nella Sezione "Amministrazione trasparente" del sito web istituzionale dell'Azienda USL Toscana Centro oppure può essere trasmessa anche all'indirizzo PEC aziendale: direzione.uslcentro@postacert.toscana.it . In questo caso l'ufficio che gestisce la Pec aziendale è tenuto a trasmettere la richiesta per competenza al RPCT, di norma, entro lo stesso giorno .

Il RPCT compie una valutazione, ovvero:

- a) se il RPCT rileva che l'istanza di accesso semplice riguarda documenti, informazioni o dati già pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda, comunica tempestivamente al richiedente l'avvenuta pubblicazione, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale.
- b) se il RPCT rileva che l'istanza di accesso semplice riguarda documenti, informazioni o dati che non risultano pubblicati sul sito istituzionale dell'Aziendale, chiede la documentazione al Direttore della struttura competente, informandone eventualmente il Direttore di Dipartimento di riferimento. La documentazione deve essere trasmessa al RPCT, di norma, entro 7 giorni dalla richiesta. In questo caso se il ritardo eventuale della comunicazione è tale da causare la mancata conclusione del procedimento entro i termini di legge, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione di cui all'art. 43, c. 5, del Decreto Trasparenza.

Se viceversa il RPCT riceve la documentazione entro i termini, provvede alla pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" e comunica tempestivamente al richiedente l'avvenuta pubblicazione, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale.

Se il RPCT riceve una richiesta che non riguarda i dati oggetto di pubblicazione ovvero è da classificare come richiesta di accesso civico generalizzato, la trasmette tempestivamente all'URP che è l'ufficio centralizzato aziendale individuato dalla direzione per la gestione del procedimento relativo.

5.2.2. L'accesso civico generalizzato : elementi che facilitano il rapporto con gli utenti

L'AUSL 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, ha 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.

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.

L'interessato, tuttavia, se lo ritiene opportuno può trasmettere l'istanza di accesso generalizzato anche all'indirizzo PEC aziendale 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.

L'URP coordina e gestisce le varie fasi e l'intero procedimento di accesso generalizzato ai sensi delle normativa nazionale di riferimento e secondo quanto indicato dal regolamento ed in particolare provvede a

- a) protocollare l'istanza;
- b) valutare i requisiti formali dell'istanza ;
- c) richiedere i dati, le informazioni o i documenti oggetto dell'istanza di accesso al Direttore di struttura che li detiene;
- d) valutare se i dati, documenti, informazioni, oggetto della richiesta di accesso possono essere sottoposti a limiti assoluti e/o relativi previsti dal Dlgs 33/2013; .
- e) valutare la presenza di soggetti contro-interessati ;
- f) concludere il procedimento con provvedimento espresso e motivato e porre particolare attenzione alla motivazione in caso di rifiuto, limitazione e differimento della richiesta.

Per facilitare le comunicazioni tra i soggetti aziendali interessati e coinvolti nella risposta alla richiesta è stato previsto che tutte i dati , documenti , valutazioni etc, , sono trasmesse tramite posta elettronica ordinaria e non necessitano di protocollazione facendo fede la data di trasmissione della Peo.

Nel caso l'URP riceva una richiesta di accesso civico semplice questa deve essere trasmessa per competenza al RPCT entro e non oltre 48 ore dal ricevimento.

Molte norme regolamentari sono state introdotte per facilitare il rapporto tra l'azienda e i soggetti che hanno presentato richiesta di accesso .

Ad esempio l'art. 5 comma 8 del regolamento aziendale prevede che, nel caso in cui l'Urp riceva una richiesta di accesso civico generalizzato palesemente non di competenza dell'Azienda Toscana Centro ed erroneamente a questa indirizzata. In questo caso la struttura non si deve limitare a rifiutare la domanda , ma la deve inoltrare all'amministrazione competente dandone comunicazione al richiedente specificando che il termine di conclusione del procedimento decorre dalla data di ricevimento della richiesta da parte dell'ufficio competente . (dalla Circolare del Ministero della funzione pubblica 2/2017).

Un altro esempio : l'art. 6 del regolamento prevede che nel caso in cui la domanda sia incompleta o non presenti elementi formali richiesti oppure sia generica tale da non consentire l'individuazione del dato richiesto o meramente esplorativa, l'URP non provvede immediatamente al rifiuto, ma attiva un'interlocuzione con l'interessato richiedendo le opportune integrazioni oppure invita l'interessato a ridefinire l'oggetto della domanda o a indicare gli elementi sufficienti per consentire l'identificazione dei dati o documenti di suo interesse. Soltanto in caso contrario l'URP provvede a disporre l'inammissibilità della domanda con provvedimento motivato

Se, viceversa, i chiarimenti richiesti vengono forniti in maniera esaustiva, l'URP procede secondo quanto stabilito ai sensi del regolamento ed il termine per la conclusione del procedimento inizia a decorrere dalle data di protocollo della nota trasmessa dall'interessato contenente le integrazioni richieste .

Un'attenzione particolare viene riservata ai rapporti con i mass media per cui all'art. art. 9 del regolamento aziendale viene previsto che, ferma restando la necessità di istruire in modo completo e accurato ogni singola richiesta di accesso a prescindere dall'identità del richiedente,occorre tener conto della particolare rilevanza, ai fini della promozione di un dibattito pubblico informato, delle domande di accesso provenienti da giornalisti e organi di stampa o da organizzazioni non governative etc. cui fa riferimento anche la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo .

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.

Per quanto riguarda il riesame delle richieste di accesso di competenza propria del RPCT, l'art. 18 del regolamento prevede che questa può essere inoltrata con qualunque modalità al fine di facilitare, anche in questo caso, la richiesta dei soggetti che ritengono di essere stati privati di un loro legittimo diritto all'accesso ed alla conoscenza dell'azione pubblica .

5.2.3. Riesame sulle richieste di acceso civico generalizzato 2017

Per il Riesame sulle richieste di accesso si riportano nella tabella sottostante gli interventi del RPCT effettuati nel corso del 2017 ;

Tabella riassuntiva sull' esito del riesame 2017

	Numero richieste di riesame presentate nel 2017	Esito riesame	Soggetto responsabile
Riesame sulle istanze di accesso generalizzato presentate al RPCT	n. 3 richieste complessive	<p><u>1° richiesta</u></p> <p>esito riesame : divulgazione completa dei dati negati a seguito dell'istanza di accesso</p> <p><u>2° richiesta</u></p> <p>esito riesame: accoglimento parziale e divulgazione parziale dei dati negati a seguito dell'istanza di accesso</p> <p><u>3° richiesta</u></p> <p>esito riesame: conferma diniego sull'istanza di accesso</p>	RPCT

6. PARTE SESTA : ALLEGATI AL PIANO

6.1. Allegato n. 1 – Elenco dei processi analizzati nel 2017

6.2. Allegato n. 2 – Tabelle di pubblicazione dei dati obbligatori e le relative responsabilità